

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**A DINÂMICA SATISFAÇÃO-SOFRIMENTO E A QUALIDADE DE VIDA
NO TRABALHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE NO ATENDIMENTO À
CRIANÇA QUEIMADA**

ELIANE MARFIZA BRAGA MACHADO TREVISAN

FLORIANÓPOLIS

2005

ELIANE MARFIZA BRAGA MACHADO TREVISAN

**A DINÂMICA SATISFAÇÃO-SOFRIMENTO E A QUALIDADE DE VIDA
NO TRABALHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE NO ATENDIMENTO À
CRIANÇA QUEIMADA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Área de Concentração Ergonomia, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Zuleica Maria Patrício

FLORIANÓPOLIS

2005

TERMO DE APROVAÇÃO

ELIANE MARFIZA BRAGA MACHADO TREVISAN

A DINÂMICA SATISFAÇÃO-SOFRIMENTO E A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE NO ATENDIMENTO À CRIANÇA QUEIMADA

Tese apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Área de Concentração Ergonomia, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor.

Florianópolis, 8 de abril 2005.

Prof. Dr. Edson Pacheco Paladini
Coordenador do Programa de Pós-Graduação

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Zuleica Maria Patrício
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Marisa Herson

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Prof. Dr. Glaycon Michels

Prof^a. Dr^a. Suely Grosseman - Moderadora

Dedico esta tese:

***aos meus filhos Márcio e Luciano, paixões
eternas, com amor;***

***a todos os trabalhadores da saúde que se
dedicam ao cuidado de crianças queimadas.***

AGRADECIMENTOS

Gostaria de fazer aqui alguns agradecimentos especiais, não por ordem de importância, porque cada uma destas pessoas teve o seu momento determinante na minha trajetória:

a minha mãe, Marieta Braga Machado, e ao meu pai, Flory da Silva Machado (*in memoriam*), por terem me conduzido à busca do saber; pelo apoio e estímulo em busca dos meus sonhos;

à Prof.^a Dr.^a Zuleica Maria Patrício, a Zuca, pelo exemplo de luta por uma sociedade qualitativamente melhor. Dedicada, sensível, exigente, afetiva, amiga e competente, por ter sido a minha orientadora, por ter acreditado no meu trabalho, pelas preciosas indicações na busca de fontes de pesquisa; por todos os momentos de orientação acadêmica, roubando muitas horas de lazer e de convívio com sua família; pelas orientações de vida; pelo apoio no cotidiano; pelo aconchego carinhoso da sua casa; por me colocar limites; pela oportunidade de crescimento pessoal e acadêmico e pelos momentos ternos e lúdicos de aprender, viver e ser saudável;

ao Prof. Lúcio José Botelho, Reitor desta universidade, pela solidariedade no convívio nesta instituição;

ao Prof. Cleo Nunes de Sousa, Diretor do Centro de Ciências da Saúde, por ter apostado no meu trabalho, pelo apoio afetivo em momentos difíceis, pelo apoio institucional para realização deste trabalho e pelas inúmeras demonstrações de amizade;

ao Prof. Carlos Alberto Justo, o Paraná, que estimulou e apoiou a realização deste curso, pelo exemplo como médico, professor, pesquisador, administrador e ser humano; pelo incentivo constante, pelo apoio em todos os momentos, pelo carinho, pelas demonstrações de amizade e por ter acreditado no meu trabalho;

ao Prof. Maurício José Lopes Pereima, que, pelo seu exemplo de dedicação ao tratamento de queimados, inspirou a escolha deste tema, pelo apoio e incentivo, colocando à disposição todas as informações necessárias à realização deste trabalho, por ter me possibilitado vivenciar todo o processo de cuidado de uma equipe de saúde, pelos cursos e congressos que me oportunizou e pela grande amizade e cumplicidade que nasceu com este trabalho e que ficará para sempre;

ao Prof. Glaycon Michels, que me acolheu no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, pelo apoio nas primeiras disciplinas no doutorado, e pelo convívio afetivo e de aprendizagem nos nossos grupos de estudos; pela sua competência, dedicação, amizade e carinho, como médico que cuida da minha família;

aos trabalhadores da equipe de saúde da Unidade de Queimados participantes deste estudo, pelas manifestações de carinho, amizade e imensa colaboração a este trabalho, e pelos momentos de aprendizagem e crescimento com a dor, o sofrimento, o imponderável;

à Prof.^a Maria Cristina dos Santos Souza Faversoni, chefe do Departamento de Saúde Pública da UFSC, pela amizade e pelo apoio institucional que deu à base de sustentação para a realização deste trabalho;

à Prof.^a Elza Berger Salema Coelho, pelas incontáveis atitudes de amizade, de confiança e de afeto que contribuíram para a concretização deste trabalho;

à Prof.^a Suely Grosseman, pela contribuição através da sua tese, pelas constantes atitudes de apoio e estímulo a este trabalho; pela amizade e carinho;

à Prof.^a Sônia Maria Pereira, amiga incansável na sua luta cotidiana e que, com energia e entusiasmo, deu apoio e estímulo em todos os momentos, além das suas competentes sugestões para este trabalho;

aos professores Suely Grosseman, Luiz Roberto Agea Cutolo e Sônia Maria Pereira, pelas preciosas sugestões e incentivos no momento do Exame de Qualificação do Projeto desta tese;

aos componentes da banca, professores(as) doutores(as) Marisa Herson, Wilson Danilo Lunardi Filho, Maurício José Lopes Pereima, Glaycon Michels e Suely Grosseman, pela disponibilidade em participar na avaliação desta tese;

à Prof.^a Edite Krawulski, profissional competente, dedicada, cujo afetuosos convívio de calorosos questionamentos enriqueceu-me acadêmica e pessoalmente, pela contribuição através da sua tese; pelas leituras e sugestões no aconchego da sua família; pelo estímulo e constante apoio; pelos inúmeros gestos e atitudes de amizade e cumplicidade; pelos momentos roubados de suas merecidas férias na leitura e correções deste trabalho; por uma amizade que nasceu durante o curso de mestrado e que ficará para sempre;

ao Prof. Marco Aurélio Da Ros, amigo e colega, professor e médico dedicado à Saúde Pública, pelo seu exemplo nesta luta por uma educação médica em que os médicos, além da competência técnica, tenham sabedoria, amor, compaixão, afeto, empatia e carinho ao cuidar do outro; pelo apoio e carinho de sempre;

ao Prof. Rodolfo Pinto da Luz, ex-Reitor da UFSC, pelo apoio que deu sustentação ao desempenho das minhas atividades nesta universidade;

ao Prof. Dilvo Ristoff, pelo seu exemplo de dedicação à educação; pelo acolhimento e pelo convívio afetivo e de aprendizado durante os quatro anos de trabalho na PREG/UFSC, possibilitando a minha integração na UFSC;

à Tânia Regina Tavares Fernandes, amiga, alegre, afetiva e competente, pela convivência e auxílio no dia-a-dia de trabalho, pelo incansável e constante apoio em todas as horas, e pela diagramação e formatação do texto desta tese;

ao Prof. Maurício Iost Guimarães amigo e colega pelo grande apoio no meu ingresso no curso de doutorado;

à Prof.^a Patrícia Alves de Souza, a Paty, amiga carinhosa, dedicada às atividades acadêmicas, pela cumplicidade e apoio nas nossas atividades do dia-a-dia;

à Mariana Vieira da Costa, pelo carinho e apoio logístico no dia-a-dia de trabalho;

aos colegas do TRANSCRIAR, pela preciosa convivência, pelas oportunidades de enriquecimento nas apresentações e discussões de trabalhos nas Bancas Solidárias; e especialmente à Edite, à Suely, ao Adolfo, à Auristela, à Ana Helena e à Tetê, pelos momentos lúdicos vividos, pelo afeto e amizade;

ao Adolfo Pfeifer, colega, amigo sempre afetivo e preocupado com a divulgação do conhecimento, pela amizade e pelo estímulo em busca do saber;

aos colegas e amigos do Departamento de Saúde Pública do CCS, nosso ambiente de trabalho, onde vivemos a maior parte de nossas vidas, pela convivência prazerosa e saudável no dia-a-dia, pelos gestos e palavras de apoio em todos os momentos;

à Maria de Fátima Cândido, médica dedicada ao cuidado, pelo exemplo de busca de ser saudável, pelo estímulo e amizade;

ao Jair Napoleão, colega e amigo, atencioso e dedicado, pelo estímulo e apoio institucional;

aos professores Valdir Machado Valadão Júnior e Neylton Santana, colegas e amigos afetivos, pela nossa amizade em tempo serial, convival e de salto, e pelo insistente estímulo para cursar o doutorado;

ao meu avô Justino Rodrigues Braga (*in memorian*), com quem aprendi a importância do cuidado com o outro;

ao Luiz Guilherme do Prado Veppo (*in memorian*), médico, poeta e professor. Exemplo de dedicação à medicina e de paixão pela poesia, Prado Veppo é autor das primeiras poesias que li, ainda criança. Amigo de todos os momentos, de pedir conselhos e de ouvir poesia, com a família reunida, até a madrugada; pela convivência e aprendizado, pela sua dedicação ao cuidado do outro e por ter-nos deixado uma preciosa obra, em que se reflete a sua posição combativa na luta por uma sociedade mais justa e harmoniosa;

aos componentes da Comissão de Mudança Curricular do Curso de Medicina, pela convivência de aprendizagem e estímulo desse grupo que luta por um curso em que

os médicos, além da competência e da ética, tenham também dedicação ao cuidar do outro;

ao Flamarion Trevisan, o Flama, meu esposo e companheiro, que me despertou para a busca de novos paradigmas, pela sua luta em busca da dignidade do Ser Humano, denunciando na pintura a dor e o sofrimento da opressão do Ser pelo Ter, incentivando-me no dia-a-dia a integração entre razão e sensibilidade; pelo estímulo e apoio na realização deste trabalho;

ao Luciano Machado de Almeida e ao Márcio Machado de Almeida, meus grandes amores, combativos nas lutas por uma sociedade melhor; filhos maravilhosos; agradeço por existirem na minha vida. Pelo prazer da nossa convivência, pelo apoio constante, pelo companheirismo e pela insistente e carinhosa forma de estímulo de cada um: *Mãe, olha o teu futuro! Mãe, e a tese?*

à Ariane da Rosa, a Ari, nora, amiga e companheira, pelo apoio em todos os momentos; pelo apoio logístico e pelo carinho e dedicação;

ao José Renato Faria, pela dedicação afetuosa na revisão desse texto;

aos meus protetores espirituais, a Deus, enfim, à Vida, por ter me concedido esses momentos de aprendizado, de convivência, de afeto, de emoções, de novas amizades e de crescimento.

Poema para muitos

Prado Veppo

A faculdade que eu freqüentaria,
Sentado sempre nos primeiros bancos,
Começaria, igual à minha vida,
Ao despertar do meu relógio boêmio,

Teria horas de olhar a lua
E dez minutos de fumar no escuro,
Teria doentes de sonhar estrelas,
Com a mania de escutar os sinos.

Passariam passos pelos corredores
Com a suavidade de dois pés fantasmas...
Ouvir-se-ia ao longe a música das ruas
E um silêncio para as despedidas.

Ilustrariam poemas nas paredes nuas
E no pavilhão das criancinhas doentes
Alguém ensinaria esta lição ingênua:
Um mais um, são dois botões de rosa.

E no passeio do jardim dos velhos
Alguns olhos molhados de saudade
Sonhariam rever dias meninos
Que fugiram atrás das borboletas...

Sofreriam de amor os meus pacientes
Sem velados protestos de infortúnio.
E eu, na quietude do plantão noturno,
Escreveria ao meu doente uma canção.

RESUMO

TREVISAN, Eliane Marfiza Braga Machado. A dinâmica satisfação-sofrimento da equipe de saúde no atendimento à criança queimada: repercussão na qualidade de vida do trabalhador. 2005. 169f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

Considerando que o mundo do trabalho tem sido um foco importante de estudo, na busca de uma melhor qualidade de vida do trabalhador, objeto de preocupação da Ergonomia, esta tese teve como objetivo compreender a repercussão da dinâmica satisfação-sofrimento vivenciada pelo trabalhador de uma equipe de saúde no cotidiano do atendimento à criança queimada no ambiente hospitalar na sua qualidade de vida no trabalho. Realizada no período de junho de 2002 a outubro de 2004, esta pesquisa, desenvolvida mediante uma abordagem qualitativa a partir de princípios do Referencial Holístico-Ecológico, tem característica de um estudo de caso, com a utilização das técnicas de levantamento de dados entrevista semi-estruturada e observação participante. Os sujeitos do estudo foram todos os trabalhadores da equipe de saúde de uma unidade que presta atendimento às crianças queimadas de um hospital infantil público. O estudo apresenta a descrição do processo de trabalho da equipe de saúde da Unidade de Queimados, as rotinas de cuidado prestado às crianças 24 horas por dia e as situações de satisfação e sofrimento para os trabalhadores da equipe de saúde nas suas interações com a criança, a família e a equipe. A análise dos dados mostra a dinâmica satisfação-sofrimento construída no cotidiano dessas interações. Do processo de reflexão-síntese desses dados emergem a repercussão dessa dinâmica vivenciada pelos trabalhadores e, fazendo parte dessa dinâmica, o processo de busca de superação que esses trabalhadores cotidianamente desenvolvem para manterem-se saudáveis e melhorarem a sua qualidade de vida no trabalho. O estudo pretende contribuir para pesquisas e ações relacionadas, em especial, às situações de trabalho das equipes de saúde que assistem as crianças queimadas em ambiente hospitalar e também fornecer subsídios para pesquisas em ergonomia, saúde e demais áreas que estudam as interações ser humano _trabalho, em busca da melhoria da qualidade de vida do trabalhador no ambiente de trabalho.

Palavras-chave: satisfação e sofrimento no trabalho; busca de superação de limites; equipe de saúde no cuidado à criança queimada; qualidade de vida do trabalhador.

ABSTRACT

TREVISAN, Eliane Marfiza Braga Machado. The dynamic satisfaction - suffering of the health group in the care of burnt children: worker's quality of life repercussion. 2005. 169f. Dissertation (Doctorate in Production Engineering – Area of Study: Ergonomics) – Post-Graduation Program in Production Engineering at the Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

Considering that the working world has been an important focus of study searching for a better quality of life for the worker, an object of study in Ergonomics, this dissertation had as its main objective to comprehend the repercussion of the satisfaction-suffering dynamic faced by the workers from a health group in the daily care of burnt children in a hospital environment relating to his/her quality of life within work. The study was carried out during the period of June 2002 through October 2004. This research was developed along qualitative terms from the Referential Holistic-Ecologic principle and has characteristic of a case study. The method for data gathering consisted of semi-structured interview and participant observation. The subjects of study were all the workers from the health group of a unity that takes care of burnt children of an infantile public hospital. The study presents the description of the working process of the health group of the burnt unity, the care routine given to children 24 hours a day and the satisfaction and suffering situation of the workers from the health group who take care of burnt children in relation to the workers interaction with the child, family and the group. The analysis of the data shows the satisfaction-suffering dynamic built in the daily work through the interaction of the workers with the child, the family and even with the group. From the reflection-synthesis process of this data, the repercussion of this dynamic faced by the workers emerge, and as part of this dynamic, the process of searching for overcoming feelings that these workers develop to maintain themselves healthy and to improve their quality of life at work. The research intends to contribute to researchers and actions related, mainly, to working situations of health groups which take care of burnt children in a hospital environment and also to provide support for research in Ergonomics, Health and other areas that study the interaction human being-work searching the improvement of the worker's quality of life in the working environment.

Key words: satisfaction and suffering at work; search for limits of overcoming; health group in the care of burnt children; worker's quality of life.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Classificação das Queimaduras segundo a profundidade das lesões....	42
QUADRO 2 – Critérios de Internação dos Pacientes Queimados na Unidade em Estudo	43
QUADRO 3 – Classificação da Portaria 1.273 do Ministério da Saúde.....	44
QUADRO 4 – Critérios Modificados da Associação Americana de Queimaduras.....	44
QUADRO 5 – Método–Holístico–Ecológico	65
QUADRO 6 – Síntese da Dinâmica Satisfação-Sofrimento durante Processo de Cuidar da Criança Queimada	100

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: da Gênese do Tema à Estrutura do Estudo	14
2. MARCO TEÓRICO	25
2.1 O Significado do Trabalho para o Trabalhador: satisfação-sofrimento e qualidade de vida	25
2.2 O Processo de Trabalho no Ambiente Hospitalar no atendimento à criança queimada: do cuidado da pele ao cuidado do ser humano	37
3 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO	47
4 MÉTODO	50
4.1 Caracterização do Estudo.....	50
4.2 Preceitos Éticos do Estudo	52
4.3 Local e Sujeitos da Pesquisa	53
4.4 O Processo de Entrar, Ficar e Sair do Campo	55
4.4.1 Entrando no Campo: fase exploratória	56
4.4.2 Ficando no Campo: levantamento, registro e análise dos dados.....	60
4.4.3 Saindo do Campo: análise final e devolução dos dados.....	63
5 O COTIDIANO DO CUIDADO À CRIANÇA QUEIMADA: UM PROCESSO DE TRABALHO-CONVIVÊNCIA CONSTANTE	68
5.1 A Equipe de Saúde da Unidade de Queimados.....	68
5.2 O Processo de Trabalho da Equipe de Saúde na Unidade de Queimados: uma dinâmica constante de cuidados à criança	74
5.2.1 A passagem de plantão.....	75
5.2.2 Os cuidados de rotina com a criança queimada: uma convivência entre a criança, a equipe e os familiares durante vinte e quatro horas por dia.	78
5.2.3 Reuniões entre trabalhadores e familiares da criança queimada.....	88
5.3 A Satisfação e o Sofrimento no Atendimento à Criança Queimada: percepção da equipe de saúde.....	90

5.3.1 Entre a satisfação e o sofrimento de cuidar da criança queimada.....	90
5.3.2 A satisfação e o sofrimento nas interações com os familiares da criança no cotidiano da equipe	102
5.3.3 A satisfação e o sofrimento da equipe de saúde nas suas interações de trabalho ...	104
6 A DINÂMICA SATISFAÇÃO–SOFRIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE NO COTIDIANO DO ATENDIMENTO À CRIANÇA QUEIMADA E SUA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: BUSCANDO APOIO EM SI MESMOS E NOS OUTROS.....	107
6.1 As Satisfações e os Sofrimentos no Processo de Cuidar da Criança Queimada	107
6.2 Buscando Apoio em Si Mesmos e nos Outros: Ele-ele mesmo, Ele-equipe, Ele-fora do trabalho	120
6.3 Qualidade de Vida no Trabalho para os Trabalhadores da Equipe de Saúde da Unidade de Queimados que Prestam Cuidado às Crianças.....	126
7 SÍNTESE FINAL E RECOMENDAÇÕES	140
REFERÊNCIAS	147
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR.....	154
APÊNDICES	156
Apêndice A: Ofício para entrada no campo de pesquisa	157
Apêndice B: Carta de apresentação e solicitação de participação	160
Apêndice C: Formulário da entrevista semi-estruturada	163

1 INTRODUÇÃO: da Gênese do Tema à Estrutura da Pesquisa

Abordar a vida humana a partir de Pressupostos Holístico-Ecológicos é também estar guiado pela compreensão da diversidade e transculturalidade das necessidades individuais e coletivas de ser, estar, sentir conhecer, fazer e ter que o ser humano apresenta em todo o seu processo de viver, através da dinâmica da interação transpessoal-natureza-cotidiano-sociedade.

Zuleica Maria Patrício (1999)

O interesse pelo tema satisfação e sofrimento do trabalhador, escolhido para realização desta tese, tem uma trajetória iniciada na infância, com a observação do cuidado em comunidade e na família. Durante a infância da pesquisadora, as práticas de saúde fizeram-se presentes desde um ano de idade, com a mudança da família para a casa dos avós maternos, no campo. Os primeiros socorros eram prestados pelo avô. As parturientes e as pessoas que adoeciam, eram picadas por animais peçonhentos ou as que sofriam acidentes iam à busca de socorro com ele, o qual colocava talas em fraturas, por exemplo, para que se pudesse chegar ao hospital, 60 km distante. Esse avô tinha um armário verde com um cheiro muito bom, com medicamentos – nos quais só os adultos mexiam – e um livro azul sobre anatomia, que a menina adorava olhar, à época em que estava sendo alfabetizada. Depois da consulta médica, as pessoas o procuravam para que ele aplicasse injeções ou, às vezes, lesse e ensinasse o modo de tomar os remédios, e era fascinante participar disso. O cuidado de saúde da família, igualmente, era feito por esse avô.

No interior, ainda se estudava em uma escola municipal, mas a alfabetização foi feita pelo pai. Mais tarde, adulta, acompanhavam-se as pessoas da família ou amigos quando se tratava de cuidados de saúde ou de internação hospitalar, iniciando assim uma convivência com trabalhadores da saúde no seu processo de cuidado.

A decisão de cursar Administração tinha por objetivo trabalhar na área da saúde. Para tanto, na primeira oportunidade, frequentou-se um curso de especialização em Direção Hospitalar e Serviços de Saúde, no qual ocorreram

vivências em hospitais, locais onde os trabalhos acadêmicos foram feitos. Nesse período, já se percebia que a equipe de saúde desempenhava suas atividades com atenção, indo além das regras de conduta e colocando dedicação e afeto em seu trabalho.

Mais tarde, já como professora do curso de Administração da Universidade Federal de Santa Maria/RS, a primeira turma de alunos foi do curso de Fisioterapia, o que configurou a oportunidade de conhecer essa área, que trata da reabilitação dos pacientes, mantendo-se assim um contato muito próximo com estes.

Nas inúmeras vezes em que se acompanhou uma pessoa em situação de internação hospitalar, observou-se que os trabalhadores de saúde manifestavam satisfação e sofrimento no cotidiano de seu trabalho, vivenciando o dia-a-dia do “seu paciente”, com o qual dividiam a satisfação da melhora ou o sofrimento, confortando e dando apoio no cuidado prestado. Essa trajetória, essa paixão pela área da saúde, sempre se conduziu, portanto, no sentido de observar a satisfação e o sofrimento dos trabalhadores da saúde, no cotidiano do ambiente hospitalar, além da suas funções técnicas. O paciente tem contato diário com esses trabalhadores, que com suas atividades, cotidianamente, tornam o ambiente hospitalar menos agressivo, na medida em que, além da assistência e do tratamento específicos, conforto, afeto e atenção no alívio da dor e do sofrimento, estão presentes nesse ambiente.

Em 1997, a doença do pai oportuniza que se acompanhe todo o processo de cuidado prestado a ele durante quatro meses, período após o qual veio a falecer. Nesse tempo, a convivência com as equipes de saúde de mais de um hospital foi intensa e observou-se, mais uma vez, seu cotidiano de trabalho, onde a dedicação, o carinho, a competência, a doação e a compaixão dessas equipes eram elementos presentes. Presenciando de perto, então, os seus sofrimentos e satisfações com o atendimento que prestavam aos pacientes, pensou-se que, na primeira oportunidade, far-se-ia um estudo a respeito.

Em 2000, já como professora do Centro de Ciências da Saúde, da UFSC, retoma-se o doutorado no Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção e Sistemas na área de Ergonomia, iniciado em 1997 e interrompido em função da perda paterna.

O ingresso no curso deu-se como orientanda do Prof. Dr. Glaycon Michels, até que, ao cursar a disciplina de Métodos Qualitativos de Pesquisa, ministrada pela Prof.^a Dr.^a Zuleica Maria Patrício, passa-se a tê-la como orientadora, uma vez que se considerava que o objeto de estudo escolhido exigia um trabalho qualitativo.

A partir de então, orientanda da Prof.^a Zuleica na área de Ergonomia, incorpora-se o interesse pela temática da Qualidade de Vida – linha de pesquisa com a qual ela vinha trabalhando – e pelo Referencial Holístico-Ecológico, possibilitado também pela participação no TRANSCRIAR¹ – Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável, coordenado pela professora.

Percebeu-se, então, aos poucos, que o estudo que se pretendia desenvolver sobre o processo de trabalho de uma equipe de saúde em ambiente hospitalar se relacionava com a temática da qualidade de vida do trabalhador, foco de preocupação da Ergonomia.

Buscou-se a área de Ergonomia por entender-se que a relação ser humano-trabalho, seu objeto de estudo, é muito mais do que o estudo das dimensões objetivas, do desenho de espaço, da organização e métodos, da carga física ou em função de tarefas, pois a Ergonomia envolve também as dimensões subjetivas dos trabalhadores no cenário do trabalho, bem como a qualidade das interações, em busca de uma melhor qualidade de vida no trabalho.

Em março de 2002 como membro da Comissão de Mudança Curricular do Curso de Medicina da UFSC passa-se a conviver com mais intensidade com profissionais das várias áreas da saúde.

No processo de escolha do campo da pesquisa, foi-se em busca de uma unidade ou setor de um hospital público onde houvesse a possibilidade de realizar um estudo qualitativo, voltado para a qualidade de vida do trabalhador no seu ambiente de trabalho. Porém, os primeiros contatos com ambientes de trabalho não despertaram a paixão que se acredita importante para desenvolver um estudo.

Continuou-se, assim, em busca de um estudo que despertasse esse sentimento e no qual fosse possível delimitar um problema de pesquisa. Nesse movimento, visitou-se, com o Prof. Dr. Maurício Pereima, médico cirurgião pediatra

¹ www.transcriar.com.br

especialista em Queimados, a Unidade de Queimados de um Hospital Infantil Público que presta atendimento a queimados exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Despertado o interesse pelo trabalho daquela equipe de saúde, passou-se a visitar a unidade todos os dias, durante um determinado período, e observou-se que trabalhar com crianças queimadas era totalmente diferente de tudo que se conhecia em hospital. Trata-se de ferimentos na pele, externos, que atingem o visual, com dor muito intensa. É um ambiente de trabalho, portanto, que lida com a desfiguração da criança que estava em pleno crescimento, vitalidade e beleza, pois a queimadura não é uma patologia, e sim acidente que interrompe bruscamente o seu processo de desenvolvimento, podendo causar lesões graves.

Autores como Anzieu (1989) e Montagu (1988), dentre outros trabalhos das áreas de Medicina, Enfermagem e Psicologia, mostram que a pele é o maior órgão do ser humano. Depois do cordão umbilical, o primeiro contato do ser humano ao nascer se dá com a mãe através da pele, passando a reconhecê-la pelo cheiro da sua pele. Algumas culturas mantêm o recém-nascido em contato com a mãe, estabelecendo na relação pele da mãe-pele do recém-nascido o diálogo para alimentação e manutenção da temperatura. A pele é responsável pela manutenção da temperatura do nosso corpo: ele respira, ela secreta, elimina, mantém a homeostase interna-externa. Nossas características de pele demonstram a origem, a idade, aspectos da nossa qualidade de vida. O ambiente em que vivemos se reflete na nossa pele. Sentimentos como a alegria, a felicidade, a paixão, o prazer, a satisfação, o sofrimento, a tristeza e o medo são também expressos através da pele.

É através dela, do toque, que nos relacionamos, transmitimos um ao outro o que sentimos. Montagu (1988) considera que o toque deve ser indispensável na prática médica e que o médico deve saber que o toque humano pode amenizar sentimentos agitados, no alívio da dor, como gesto de tranquilidade, na aproximação e na interação.

Montagu salienta, ainda, que “um dos ramos da comunidade curativa que reconheceu a importância do toque foi a enfermagem”. Para as enfermeiras, segundo esse autor, a importância de tocar o paciente “faz parte de seu entendimento, de compreender que seus cuidados começam com importar-se com

ele, ligar para ele. Importar-se com alguém não é algo que se opta, é algo natural e obrigatório; é ser cuidadoso, amoroso, é estar envolvido, é ser íntimo” (MONTAGU, 1988, p. 270-271).

Os problemas de saúde que se manifestam na pele costumam interferir nas interações, o que desperta preconceito e, de certa forma, até medo, dificultando inclusive o processo natural do toque, do contato, do abraço, do afago carinhoso, enfim, do **“diálogo de pele”**.

Anzieu, ao escrever sobre a pele, considera que “um serviço de grandes queimados só pode funcionar psicologicamente com mecanismos de defesa coletivos contra a fantasia da pele arrancada, irremediavelmente evocada em cada um pela situação” (ANZIEU, 1989, p. 260).

Percebeu-se que o trabalho cotidiano da equipe de saúde com essas crianças exige muito mais do que competência técnica, indo além do uso da razão. É preciso sensibilidade para desenvolvê-lo, pois até o carinho e o abraço são limitados pelo tipo de lesão causada pela queimadura.

Nesse cotidiano, os sentimentos de sofrimento e de satisfação dos trabalhadores afloram: o sofrimento com a dor e as deformidades das crianças queimadas, e a satisfação em proporcionar o alívio dessa dor e a possibilidade da reconstrução da imagem das crianças.

Nesse período de observação, percebeu-se a complexidade desse trabalho para a equipe de saúde, no sentido mais amplo do termo, requerendo, além da competência técnica, componentes como afeto, carinho, compaixão, dedicação, empatia, sensibilidade e solidariedade por parte dessa equipe. Identificou-se ali a possibilidade do estudo qualitativo que se procurava, pois as interações naquele ambiente despertaram o sentimento de paixão, do qual se necessita para desenvolver um trabalho. Portanto, em busca da delimitação do problema do estudo, em junho de 2002 inicia-se a fase exploratória da pesquisa nessa unidade.

Houve uma grande receptividade por parte da equipe, quando informada de que seria desenvolvido ali um estudo. Na fase exploratória, os primeiros contatos com os trabalhadores da unidade desenvolveram-se de forma afetiva.

Em conversas informais com a pesquisadora, os trabalhadores manifestavam espontaneamente sentimentos de sofrimento, expressos com lágrimas, quando lembravam da dor das crianças, e satisfação e risos, quando falavam da sua recuperação, das brincadeiras, da troca de carinho, das despedidas, enfim, da longa convivência e do relacionamento que se estabelece entre eles e as crianças e suas famílias.

Durante seis meses, acompanhou-se, todas as segundas-feiras pela manhã, as reuniões semanais, realizadas sob a coordenação do médico chefe da unidade, para discussão de todos os fatos ou alterações que ocorreram na semana anterior em relação a pacientes e/ou trabalhadores, atividades administrativas e prescrição da rotina da semana. Nessas reuniões, comparecem todos os trabalhadores que, direta ou indiretamente, estão vinculados ao trabalho hospitalar cotidiano com a criança queimada.

Da rotina diária, o momento dos banhos é apontado como o mais agressivo para a equipe e para a criança, o que foi percebido tanto na observação quanto nas manifestações de toda a equipe de saúde, uma vez que as crianças, por causa da dor, têm horror a esse momento: choram, gritam, se jogam, enfim, travam uma verdadeira luta com a equipe.

São marcantes também as rotinas de fisioterapia, de curativos e de colocação de malhas, como procedimentos que demandam contato intenso dos trabalhadores de saúde com os pacientes, vivências essas que se traduzem em uma dinâmica de satisfação – nos processos de alta, na recuperação – e de sofrimento – ao acompanhar tão de perto a dor, a desfiguração e as limitações físicas decorrentes.

Até mesmo nos retornos para acompanhamento, observou-se o carinho entre as crianças e os trabalhadores, como também a preocupação desses trabalhadores, quando da alta hospitalar, ajudando as famílias com roupas, medicamentos, alimentação, enfim, naquilo em que a criança tiver maior necessidade, inclusive na assistência permanente, providenciando inclusive aposentadoria para a mãe, nos casos mais graves, em que a criança vai necessitar de cuidado permanente durante a fase adulta.

É sabido que, historicamente, o ser humano convive com a dinâmica satisfação-sofrimento, buscando de um lado a satisfação e de outro a tentativa de minimizar o sofrimento presente nas interações enquanto ser individual-coletivo.

Nesse sentido, o mundo do trabalho tem sido um foco importante de estudo, na busca de uma melhor qualidade de vida do ser humano. Conforme se encontra em Patrício e Casagrande, “o ambiente de trabalho, na qualidade de vida dos trabalhadores, é significativo. O ambiente promove as interações pessoais. Dependendo dos padrões dessas interações, a qualidade de vida dos indivíduos que interagem e seus interdependentes pode ‘melhorar’ ou ‘piorar’ (PATRÍCIO; CASAGRANDE, 1999, p. 352).

Os estudos qualitativos sobre qualidade de vida do trabalhador, em especial aqueles desenvolvidos por integrantes do TRANSCRIAR, apontam que, “dos diversos mundos que compõem o cotidiano do ser humano, o mundo do trabalho é o que mais aparece no processo de busca de satisfação e também como causa de sofrimento nas interações com outros seres humanos e outros ambientes que o trabalho possibilita” (PATRÍCIO; CASAGRANDE 1999, p. 350).

A dinâmica **satisfação-sofrimento no trabalho** tem como um de seus principais estudiosos Cristophe Dejours (DEJOURS, 1992; 2000); DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994) O tema tem origens na abordagem da psicodinâmica do trabalho, que vem sendo consolidada desde os anos 1980 na França e nos anos 1990 no Brasil.

Dentre os autores brasileiros dedicados aos estudos da satisfação e sofrimento no trabalho, pode-se citar Codo e Sampaio (1993; 1995), Codo (1996); Mendes (1994; 2004), Mendes e Tamayo (2001), Mendes, Borges e Ferreira (2002), Mendes e Morrone (2002), Mendes e Cruz (2004), Patrício (1990; 1995; 1996), Patrício, Casagrande e Araújo (1999); Lunardi Filho (1997) Lunardi Filho e Mazilli (1996); Pitta (1994) e Seligmann-Silva (1994).

A respeito de queimaduras, cotidiano dos trabalhadores desse estudo, “a abordagem científica em relação aos problemas do tratamento da queimadura na América do Sul começou nos anos 30 e foi enfatizada na década de 40, com a criação da Sociedade Latino-Americana de Cirurgia Plástica, em São Paulo. Nesta década, foram realizados quatro Congressos Latino-Americanos de Cirurgia Plástica,

sendo o primeiro em 1941 no Brasil. Nos anos 50, novos tratamentos foram difundidos pela América Latina” (DAMAS, 2003, p. 2).

Segundo Dino, Serra e Macieira (2001), nos Estados Unidos, aproximadamente 2,5 milhões de pessoas são vítimas de queimaduras anualmente. Dessas, 100.000 têm queimaduras moderadas a graves, necessitando de hospitalizações, resultando de 5000 a 12.000 mortes. Dessas hospitalizações, 40% são de crianças abaixo dos 15 anos. Cerca de 400 000 crianças vítimas de queimaduras recebem atendimento médico ou têm suas atividades interrompidas por pelo menos um dia a cada ano. Ocorrem 2.500 mortes de crianças queimadas por ano.

Para esse autor, no Brasil o trauma contribui com 57% do total de mortalidade na faixa de zero a 19 anos. Sabe-se que cerca de 1 milhão de queimaduras ocorrem ao ano, sendo que 100.000 pacientes procurarão atendimento hospitalar e, dentre esses, 2.500 irão falecer, direta ou indiretamente, de lesões causadas por queimadura. Desses acidentes com queimaduras, dois terços acontecem com crianças e adolescentes (DINO; SERRA; MACIEIRA, 2001).

Segundo Pereima et al. (2001a), “o trauma é a principal causa de morte em crianças abaixo dos dezesseis anos em países desenvolvidos, sendo a queimadura a segunda causa em mortalidade por trauma em crianças até os seis anos e a terceira em crianças acima desta idade” (p.41).

Conforme mostram os dados, a queimadura, além de ser um trauma grave, é um problema de saúde pública. A unidade em estudo prestou assistência a 827 crianças vítimas de queimadura no período de janeiro de 1991 a dezembro de 2002, de acordo com dados do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital.

Durante o ano de 2004, receberam atendimento, por volta de 150 grandes queimados internados na unidade e em torno de 500 queimados com atendimento de ambulatório.

Durante a fase exploratória deste estudo, acompanhou-se, no dia 13 de junho de 2002, na Unidade de Queimados, o primeiro implante da matriz dérmica no Estado de Santa Catarina e o décimo quinto no Brasil. Esse procedimento é uma nova alternativa de tratamento, tanto para queimados na fase aguda, que possuem pouca área doadora para sua cobertura cutânea, quanto para o tratamento de

seqüelas, principalmente, em áreas de articulação, propiciando enxertias de pele – enxertos epidérmicos – sobre uma derme reconstituída a partir da matriz dérmica, que confere um aspecto estético e funcional final bastante próximo da pele normal.

Ainda durante a realização desta pesquisa, foi realizado por Busato (2003) um estudo, na mesma unidade, sobre a percepção dos funcionários em relação à higiene bucal do paciente internado. Dentre as categorias encontradas pela autora, figura “o sofrimento do funcionário que atua na unidade de queimados”, corroborando, portanto, os pressupostos deste estudo (BUSATO, 2003, p. 46).

É importante salientar a abordagem holística, uma vez que esse é o paradigma que tem como foco emoções, sentimentos, o sujeito com ele mesmo, e com os outros, as expressões do corpo, as expressões da pele, pois é o órgão que nos expõe aos outros e que recebe o outro. Utilizamos, no dia-a-dia, uma terminologia que busca nas sensações cutâneas as expressões dos sentimentos cotidianos, e a abordagem holística valoriza esse sentimento, o significado dessa linguagem e o processo de interação entre os seres humanos. Considerando que a abordagem holística preconiza a integração da **razão e sensibilidade**, e que o objeto desse estudo exigia um trabalho qualitativo, o caminho metodológico escolhido foi a abordagem qualitativa.

Tomando por base as informações obtidas na fase exploratória deste estudo na Unidade de Queimados, as concepções de satisfação-sofrimento de trabalhadores no ambiente hospitalar e de qualidade de vida de trabalhadores no trabalho, os autores citados e estudos sobre a pele e queimadura em crianças, delimitou-se a seguinte pergunta de pesquisa: **Qual a repercussão da dinâmica satisfação-sofrimento vivenciada pelo trabalhador da equipe de saúde no cotidiano do atendimento à criança queimada no ambiente hospitalar na sua qualidade de vida no trabalho?**

Esta tese teve como **objetivo geral** compreender a repercussão da dinâmica satisfação-sofrimento vivenciada pelo trabalhador da Equipe de Saúde no cotidiano do atendimento à criança queimada no ambiente hospitalar na qualidade de vida no trabalho. Foram traçados como **objetivos específicos**: descrever o processo de trabalho da equipe de saúde no atendimento à criança queimada no ambiente hospitalar; identificar as situações de satisfação e sofrimento para os trabalhadores

da equipe de saúde, que emergem no atendimento à criança queimada no ambiente hospitalar; identificar a repercussão da dinâmica satisfação-sofrimento vivenciada pelos trabalhadores da equipe de saúde no atendimento à criança queimada no ambiente hospitalar, na qualidade de vida desses profissionais no seu processo de trabalho.

Os **sujeitos do estudo** foram trabalhadores da Equipe de Saúde de uma unidade de queimados de um hospital infantil público que presta atendimento à criança queimada.

Quanto à **relevância e justificativa deste estudo** sobre “satisfação-sofrimento de trabalhadores” e “qualidade de vida no trabalho, embora essas temáticas venham sendo objeto de pesquisa de teóricos de renome, estudos específicos sobre a dinâmica satisfação-sofrimento do trabalhador da equipe de saúde no atendimento à criança queimada no ambiente hospitalar e sua qualidade de vida no trabalho não foram encontrados na literatura.

Considera-se que, conhecendo essa dinâmica do cotidiano de trabalho da equipe de saúde, surjam outras pesquisas no sentido de que o ser humano-trabalhador seja valorizado por suas características pessoais – vocações, dons, capacidade de dedicação, qualidade das interações e afeto – e principalmente valorizando seus sentimentos de satisfação e sofrimento. Assim, este estudo poderá acrescentar novos olhares aos estudos da melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores da equipe de saúde no atendimento às crianças queimadas no ambiente hospitalar.

A partir deste estudo, novas pesquisas poderão advir sobre os procedimentos causadores de sofrimento aos trabalhadores, com a finalidade de amenizar o sofrimento das crianças e, como consequência, o sofrimento do trabalhador.

No que diz respeito às **finalidades do estudo**, seus resultados poderão contribuir para aprofundar as questões que dizem respeito à dinâmica satisfação-sofrimento dos trabalhadores das equipes de saúde que assistem as crianças queimadas em ambiente hospitalar; auxiliar nas reflexões-pesquisas quanto aos procedimentos de trabalho no atendimento à criança queimada; colaborar e fornecer subsídios para estudos nas áreas de Ergonomia, Administração e demais áreas que

trabalham com o ser humano, na busca de melhoria da saúde e qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Na assistência a pacientes queimados, ao contrário do que acontece em outras áreas médicas, existem apenas 17 centros de tratamento no País e muitos estados não dispõem de infra-estrutura para tal atendimento. Santa Catarina possui um centro para tratamento de crianças vítimas de queimaduras para todo o Estado.

Diante de todas essas considerações, e enfatizando ainda o grave trauma que é a queimadura, o seu alto custo, a necessidade de especialização da equipe de saúde e o grande problema de Saúde Pública que representa, este estudo é de fundamental importância para a repercussão da dinâmica satisfação-sofrimento dos trabalhadores da equipe de saúde da Unidade de Queimados que prestam assistência às crianças queimadas e a sua qualidade de vida no trabalho.

Esta tese tem a seguinte estrutura:

O **segundo capítulo** contém a revisão da literatura, abordando o significado do trabalho para o trabalhador: a satisfação-sofrimento e qualidade de vida; o processo de trabalho no ambiente hospitalar; e ainda o trabalho de atendimento à criança queimada no ambiente hospitalar.

No **terceiro capítulo** estão definidos os pressupostos que guiaram este estudo.

No **quarto capítulo** expõe-se o caminho metodológico percorrido: a caracterização do estudo, seus preceitos éticos, o local e sujeitos da pesquisa, e o processo de levantamento, registro, análise e devolução dos dados.

No **quinto capítulo** apresentam-se a descrição do processo de trabalho no cotidiano da equipe de saúde da unidade de queimados e as rotinas de cuidado prestados às crianças durante 24 horas por dia; a dinâmica satisfação-sofrimento para os trabalhadores da equipe de saúde, identificada nas suas interações com a criança, a família e entre a equipe no atendimento às crianças queimadas.

No **sexto capítulo** apresentam-se a repercussão da dinâmica satisfação-sofrimento vivenciada pelos trabalhadores e o processo de busca de superação que esses trabalhadores cotidianamente desenvolvem.

No **sétimo capítulo** são apresentadas as reflexões e considerações finais.

2 MARCO TEÓRICO

Quando concebemos o ser humano como uma unidade ímpar biológico-espiritual, e que suas diversidades em grupo promovem complexidades que podem se complementar e mobilizar, é possível sonhar e planejar para mudanças de consciência e ações coletivas em favor da humanidade. Quando se participa mais da construção da vida com olhar sensível, crítico-ética e esteticamente-falando, mais humanitário e menos individualista, com mais prazer e menos dor, estamos olhando para o trabalhador com a possibilidade de vê-lo como um ser holístico-ecológico com alegrias, tristezas, valores, crenças, satisfação, sofrimento, dor, prazer, felicidade, afeto, amor, dedicação pelo outro e compaixão.

Zuleica Maria Patrício (1999)

2.1 O Significado do Trabalho para o Trabalhador: satisfação-sofrimento e qualidade de vida

Conforme Krawulski (1991) sistematizou em seu estudo, etimologicamente a literatura evidencia que a maioria das línguas da cultura européia apresenta mais de uma significação para trabalho. O latim clássico distingue entre *laborare*, a ação do labor, e *operare*, que corresponde a *opus*, obra. *Laborare* significa trabalhar, laborar, executar, empenhar-se em algo, e também sofrer, padecer, estar doente, estar em dores de parto, cansar-se, fatigar-se, sucumbir. O francês distingue entre *travaller* e *ouvrer* ou *oeuvrer*, além de *tache*, que significa tarefa; em italiano existe *lavorare* e *operare*; e o espanhol apresenta *trabajar* e *obrar*. Em inglês, é evidente a distinção entre as palavras *labor* e *work*, esta última documentada desde o século X, expressando algo que se faz ou foi feito, ação, produto da ação de uma pessoa, criação, coisa feita manualmente. Em português encontram-se as palavras labor e trabalho como sinônimas; no entanto, na palavra trabalho está, igualmente, implicado os dois significados: a realização de uma obra expressiva, criadora e

permanente, por um lado, e o esforço rotineiro, repetitivo e consumível, por outro. Em nossa língua, a palavra trabalho originou-se do latim vulgar *tripalium*, embora seja, às vezes, associada a *trabaculum*. *Tripalium* era um instrumento feito de três paus aguçados, com pontas de ferro, no qual os antigos agricultores batiam os cereais para processá-los. Os dicionários, porém, registram *tripalium* apenas como instrumento de tortura, o que teria sido originalmente ou se tornado depois de seu uso na agricultura. Associa-se, também, à palavra trabalho o verbo do latim vulgar *tripaliare*, que significa justamente torturar. Portanto, é por causa da utilização desse instrumento como meio de tortura que a palavra trabalho significou, por muito tempo e até os dias atuais, padecimento, cativo e castigo.

Para que possamos entender o significado do trabalho para cada trabalhador, é importante conhecer os significados que o trabalho assume em cada sociedade. Vários cientistas sociais, tais como Marx, Max Weber, Arendt e Dejours, entre outros, focaram seus estudos na relação ser humano–trabalho.

Na Grécia Antiga, o trabalho era destinado aos escravos e mulheres, e aqueles que trabalhavam para atender às suas necessidades eram marginalizados da vida social e não tinham direito aos privilégios do exercício da cidadania. Tornar o homem livre para exercer a política e a cidadania era o objetivo da escravidão de outros homens, e não um meio de obter mão-de-obra barata. Assim, excluía-se o labor das condições de vida para que o homem livre pudesse exercer a política e a cidadania, pois o trabalho era penoso, humilhante, degradava as mentes e impedia que os homens demonstrassem suas virtudes.

Já para a tradição judaico-cristã, o homem deveria sentir a satisfação de estar vivo e o trabalho *era* considerado como bênção de Deus. Através do seu trabalho o homem deixaria sua marca permanente no mundo, como um legado a todas as suas gerações. Assim, o trabalho estaria conectando os seres humanos à fertilidade, à produtividade e à natureza.

Para Marx (1998), na era moderna, o trabalho tornou-se a mais significativa das atividades humanas, pois o trabalho produz vida e, portanto, é uma atividade essencial ao desenvolvimento humano e sua realização. O trabalho passou então a ser considerado como parte da competência humana no processo de construção da sociedade. Foi Marx quem considerou no trabalho uma possibilidade para satisfação

humana. Os homens interagem com a natureza e com outros indivíduos, tornando-se o trabalho um processo de produção e reprodução da vida, e aí está para Marx a principal atividade humana.

Na concepção do Velho Testamento, com a expulsão do homem do paraíso, Deus condenou-o ao trabalho. No entanto, para Arendt (1983), “Deus apenas tornou o trabalho penoso e árduo. No paraíso, o homem devia cultivar e guardar o jardim das delícias” (p.119). Para a autora, a palavra cultivar foi transformada, passando a ter a conotação de servir: “o serviço para o qual o homem havia sido criado tornava-se agora servidão” (ARENDT, 1983, p. 119). O trabalho passa a ser compreendido como punição e sofrimento.

Com a Reforma Protestante, o significado do trabalho adquire uma conotação religiosa. O pensamento luterano entendia o trabalho como uma forma de servir a Deus, dando a ele o caráter divino, portanto caminho para a salvação.

Dentre os significados etmológicos da palavra trabalho citados no início deste item, temos o labor. Arendt (1983) salienta que, apesar de serem usados como sinônimos, há uma diferença importante entre “labor” e “trabalho”: o primeiro possui conotação de luta do homem contra a necessidade, e o segundo é relacionado ao esforço positivo e a produção.

Para a autora, o trabalho é

a atividade correspondente ao artificialismo da existência humana. O trabalho produz um mundo ‘artificial’ de coisas, nitidamente, diferente de qualquer ambiente natural. A condição humana do trabalho é a mundanidade - o trabalho está relacionado com utilidade (ARENDT, 1983, p. 13).

E labor é

a atividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano, cujo crescimento espontâneo, metabolismo e eventual declínio, tem a ver com as necessidades vitais produzidas e introduzidas pelo labor no processo da vida. A condição humana do labor é a própria vida (ARENDT, 1983, p. 14).

Nesse sentido, Dejours (1992) considera que o significado do trabalho, na relação homem–conteúdo do trabalho, apresenta dois componentes: um conteúdo significativo em relação ao Sujeito, subjetivo, e um conteúdo significativo em relação

ao Objeto, objetivo. Para o autor, a significação em relação ao objeto (conteúdo objetivo) diz respeito à história pessoal do sujeito, ou seja, para cada trabalhador ela é única. E no “conteúdo significativo em relação ao sujeito (subjetivo) entra a dificuldade prática da tarefa, a significação da tarefa acabada em relação a uma profissão (noção que contém ao mesmo tempo a idéia de evolução pessoal e de aperfeiçoamento) e o estatuto social implicitamente ligado ao posto de trabalho determinado” (DEJOURS, 1992 p. 50).

Em nossa sociedade, uma abordagem holística reconhece que o meio ambiente criado por nosso sistema social e econômico, com base em uma visão de mundo cartesiana, fragmentada, reducionista, utilitarista, é uma séria ameaça à vida humana. Portanto, uma abordagem ecológica de homem–natureza–trabalho–vida requer uma revisão da matriz que nos últimos 400 anos tem sido modelo para a concepção de homem, de sociedade, de ética, enfim, de mundo.

Segundo Capra (1996), esse novo paradigma pode ser chamado de

uma “visão de mundo holística”, que concebe o mundo como um todo integrado e não como uma coleção de partes dissociadas. Pode, também, ser denominado “visão ecológica”, se o termo “ecológica” for empregado num sentido muito mais amplo e profundo que o usual. Isto é, a percepção ecológica profunda reconhece a interdependência fundamental de todos os fenômenos e o fato de que – enquanto indivíduos e sociedade – estamos todos nos processos cíclicos da natureza e, em última análise, somos dependentes desses processos (p. 25).

Por outro lado, Patrício (1999), “por considerar que os significados atribuídos às palavras ‘holístico’, ‘sistêmico’ ou ‘ecológico’, particularmente, não abordam a amplitude e complexidade do processo de viver humano e sua relação com a saúde individual-coletiva, passou a denominar holístico–ecológico” (p.31), em 1994, um marco referencial que vem construindo desde a década de 1980. Os fundamentos desse referencial são baseados em princípios dos novos paradigmas.

Reflexões sobre novos paradigmas fazem parte do trabalho de Ferguson (1980) e Capra (1982; 1990; 1996), e de autores brasileiros como Brandão e Crema (1991) e Patrício (1990; 1995; 1996; 1999). Para Ferguson (1980), “quando o adjetivo ‘holístico’ é aplicado de forma adequada aos cuidados de saúde, se refere a uma aproximação qualitativamente diferente que diz respeito à interação da mente,

corpo e ambiente” (p. 249). Para essa autora, o enfoque holístico, além da abordagem alopática, “busca corrigir a desarmonia oculta causadora dos problemas” (p. 249). Ela chama a atenção para o que denomina de “Pressuposições do Novo Paradigma de Saúde”:

busca de modelos e de causas, mais tratamento dos sintomas. Visão integrada e preocupada com o paciente como um todo. Há ênfase nos valores humanos. Os cuidados profissionais são um dos componentes da cura. Dor e doença são informações sobre conflitos e desarmonias. As intervenções, mínimas com a “tecnologia apropriada”, são complementadas com todo o instrumental técnico não-agressivo (psicoterapias, dieta, exercícios). O corpo é visto como um sistema dinâmico, um contexto, um campo de energia dentro de outros campos. A doença ou a incapacidade vista como um processo. Há uma grande ênfase na obtenção do máximo de saúde. O paciente é (ou deveria ser) autônomo. O profissional é visto como um parceiro terapêutico. Perspectiva corpo-mente, ou seja, os males psicossomáticos estão dentro do alcance de todos os profissionais da área da saúde. A mente é fator primário ou de igual valor em todas as doenças (FERGUSON, 1980, p. 249).

Os Novos Paradigmas para transformação da qualidade de vida do ser humano, para Patrício (1999), “requerem um novo olhar sobre o trabalhador, diferente daquela concepção preocupada em estudar com dados precisos, fórmulas, regras, mecanismos que o façam produzir para as organizações” (p. 39).

A Ergonomia tem estudado esses aspectos, com destaque para a influência da organização, meios de produção e condições de trabalho na saúde dos trabalhadores. A Ergonomia nasce como conseqüência de situações de trabalho insatisfatórias. Para Cruz (2001), a ergonomia define-se, “Inicialmente, a partir dos objetivos de suas aplicações. Introduzido em 1949, por Murrel, o termo Ergonomia designa um domínio de intervenção constituído a partir de várias disciplinas científicas, cujo objetivo é estudar o trabalho a fim de adaptá-lo às características fisiológicas e psicológicas do homem” (p. 2).

A Ergonomia, por sua base de estruturação histórica e conceitual, surge como uma possibilidade de resposta às questões fundamentais referenciadas na relação homem-trabalho. A respeito do tema satisfação-sofrimento, Dejours (2000), ao descrever a dinâmica das relações entre trabalho e sofrimento, enfaticamente diz:

querem nos fazer acreditar, ou tendemos a acreditar espontaneamente, que o sofrimento no trabalho foi bastante atenuado ou mesmo completamente eliminado pela mecanização e a robotização, que teriam abolido as obrigações mecânicas, as tarefas de manutenção e a relação direta com a matéria que caracterizam as atividades industriais. [...] Por trás da vitrina, há o sofrimento dos que trabalham [...] há o sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho: imposições de horário, de ritmo, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de instrução e de diploma, de experiência, de rapidez de aquisição de conhecimentos teóricos e práticos e de adaptação à “cultura” ou à ideologia da empresa, às exigências do mercado [...] (p. 27-28).

A vida humana tem sido organizada através das sociedades a partir do trabalho. O trabalho pode ter significados ambíguos para o trabalhador, isto é, como uma atividade que pode trazer sensações de realização ou de “poda”, de **satisfação ou de sofrimento**.

A esse respeito, Leopardi (1994) considera que “É fundamental encontrar um novo sentido para o trabalho, nem como centralidade da vida, nem como marginalidade. A dialética dessa questão repousa na multiplicidade de experiências possíveis através do trabalho e fora dele” (p.179).

A centralidade do trabalho refere-se ao grau de importância que este representa na vida de um indivíduo em um determinado momento, independentemente das razões às quais se atribui tal importância. Bastos (1995) define a centralidade do trabalho como “uma crença geral acerca do valor do trabalho na vida do indivíduo” (p.23).

Retomando as análises de Dejours (1992; 2000), o sofrimento é definido como uma vivência subjetiva que surge da discrepância entre uma situação ideal e uma situação presente. Essa discrepância geralmente está associada à história de vida do sujeito e às suas vivências nas relações infantis, que podem se repetir no espaço de trabalho.

Mendes (1994) afirma que, “desde os anos 70, a psicopatologia do trabalho estuda a interface homem e organização do trabalho. De um lado, a organização do trabalho, caracterizada pela rigidez e por se constituir um sistema de imposições e restrições essencialmente técnicas e imóveis. De outro lado, o funcionamento

psíquico caracterizado pela liberdade de imaginação e *expressão* dos desejos inconscientes do trabalhador” (p. 59).

Satisfação no trabalho é um tema bastante discutido em diversas correntes da literatura. Ferreira e Assmar (2004) citam o conceito de Locke, considerado um dos mais citados, que define satisfação no trabalho “como um estado emocional positivo decorrente de avaliações acerca do próprio trabalho, incluindo-o, dessa forma, no rol das reações afetivas” (p.105).

Essas autoras citam ainda que, para Brief e Roberson, “a satisfação no trabalho caracteriza-se fundamentalmente por ser uma resposta afetiva, já que se encontra associada aos sentimentos de satisfação com aspectos gerais ou específicos do trabalho” (FERREIRA; ASSMAR, 2004, p. 106).

Nesta tese a **satisfação** é entendida como resposta afetiva, incluindo, além de manifestações de afeto, o estado de bem-viver, ser e ter, e de ser saudável, realização pessoal e coletiva dentro de princípios éticos e estéticos nas dimensões objetivas e subjetivas do trabalho e do cotidiano do ser humano. A esse respeito, Patrício e Casagrande (1999), em estudos sobre qualidade de vida do trabalhador, salientam que

o significado do trabalho na qualidade de vida do ser humano está inserido na possibilidade não só de satisfações originadas a partir do uso de valor monetário oriundo do trabalho, mas também prazer pelo próprio trabalho. Precisamos pensar trabalho como ação humana que produz bens e serviços, não somente como meio de satisfazer necessidades de sobrevivência, mas também de transcendência: realização pessoal individual e coletiva, enquanto sujeito que transforma para si e para os outros seres humanos (p. 134).

Waitzkin (1980) ressalta a importância da satisfação no trabalho:

um grupo de trabalho do Departamento de Saúde, Educação e Assistência Social relata em sua pesquisa sobre “Trabalho nos Estados Unidos”: Em um impressionante estudo de 15 anos de duração sobre o envelhecimento, o indicador mais forte de longevidade encontrado foi a satisfação no trabalho. O segundo melhor indicador foi a “felicidade” geral [...]. Outros fatores são indubitavelmente importantes – tipo de alimentação, exercício, cuidados médicos e heranças genéticas. Mas os resultados da pesquisa sugerem que estes últimos fatores podem responder por 25% dos fatores de risco das doenças cardíacas, que é a maior causa mortis individual [...] (p. 13)

Nesse sentido, Mendes (1994, p.65) salienta que “Dejours reformulou sua concepção de trabalho, até então vinculada muito mais às vivências de sofrimento do que de prazer, o qual, nesta etapa, se relaciona tanto aos processos sublimatórios quanto à transformação do sofrimento”, fazendo com isso que se redimensione, então, o conceito de trabalho para a compreensão da dinâmica da situação de trabalho.

Para Mendes (1994, p.65), “o modelo teórico da psicodinâmica é aplicado a qualquer situação de trabalho, entretanto, o estudo da normalidade não elimina os efeitos psicopatológicos que o trabalho pode exercer nos trabalhadores. Neste sentido, a normalidade não implica ausência de sofrimento, bem como o sofrimento não exclui o prazer” .

Mendes e Morrone (2002, p.33) citam a definição de Dejours, Abdoucheli e Jayet sobre estratégias defensivas “como os mecanismos utilizados pelos trabalhadores para negar ou minimizar a percepção da realidade que faz sofrer” (p.33). Assim, as estratégias defensivas, “caracterizam-se por comportamentos de isolamento psicoafetivo e profissional do grupo de trabalho, de resignação, de descrença, de renúncia à participação, de indiferença e de apatia” (MENDES; MORRONE, 2002, p. 33).

O trabalhador que não vivencia a satisfação diretamente no trabalho entra em situações geradoras de sofrimento: “esse processo tem origem no conceito de mobilização subjetiva [...] e se caracteriza pelo uso dos recursos psicológicos do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho” (MENDES; MORRONE, 2002, p. 37).

Através da mobilização subjetiva, o trabalhador transforma o sofrimento a partir de uma operação simbólica que é o resgate do sentido do trabalho. Para Mendes e Morrone (2002)

esse sentido depende da inter-relação entre a subjetividade do trabalhador, do saber fazer e do coletivo de trabalho. A subjetividade envolve a história de vida e a estrutura de personalidade do sujeito. O saber fazer é um tipo de inteligência que ajuda o trabalhador a regular e sobreviver ao que é prescrito, adquirindo com isso, uma invenção própria e uma capacidade de imaginação, que mesmo não dominando a tecnologia, desenvolve um modo operatório particular para realizar o trabalho (p. 37).

Nesse sentido, Grosseman (2001), cita Schwartz, que aponta para

uma proposta de análise ergonômica do trabalho, que inclui a subjetividade do ser humano. Propõe um “sistema de 3 pólos” e explica que três fatores (pólos), “valores – saberes – atividades”, estão sempre presentes em tudo o que se refere à vida humana. Preconiza, então, para melhor compreensão da dimensão trabalho na vida do ser humano a inserção do pólo ‘valores’ no aprendizado e na investigação ergonômica. Para tanto ele sugere a inclusão, na ergonomia, de disciplinas que levem em conta os desejos do ser humano, as relações sociais e a filosofia... (p. 6).

O coletivo de trabalho independe da organização. Esse coletivo são as relações informais, é a relação entre pessoas, havendo uma dimensão ética do justo e injusto e não de regras e esquemas de controle. Envolve também valores pautados no julgamento ético e estético e na qualidade das interações do trabalho. Tem influências das condições externas e se apóia no consenso de um grupo de trabalhadores com idéias próprias.

Mendes (1994) salienta que “as estratégias coletivas de defesa podem permitir ao sujeito uma estabilidade na luta contra o sofrimento, que, em outras situações, seria incapaz de garanti-la apenas com as suas defesas individuais” (p.65).

Para a autora,

a estratégia defensiva pode tornar-se um objetivo em si mesmo para enfrentar as pressões psicológicas do trabalho, o que leva a um processo de alienação, e assim bloquear qualquer tentativa de transformação da situação vigente. Quando essas estratégias se estabilizarem, surge o desencorajamento, a resignação diante de uma situação que não gera mais prazer, mas só sofrimento (MENDES, 1994, p. 66).

Wisner (1994) discute aspectos referentes à carga psíquica de trabalho que confirmam as idéias de Dejours. Para o autor, a dimensão psíquica do trabalho pode ser definida em termos de níveis de conflitos no interior da representação consciente ou inconsciente das relações entre a pessoa e a organização do trabalho. Esse aspecto psíquico do trabalho ora está oculto, ora é predominante.

Para Codo et. al. (1994), “o desígnio de ruptura entre razão e paixão não pode se realizar sob pena de eliminar o sentido humano do trabalho, os afetos se recriam clandestinamente” (p.196).

A qualidade de vida no trabalho tem sido objeto de estudo de muitos autores como Bowditch e Buono (1992), para quem

um conjunto de definições equaciona a QVT com a existência de um certo conjunto de condições e práticas organizacionais, tais como: cargos enriquecidos, participação dos empregados nos processos de tomada de decisões, condições seguras de trabalho e assim por diante. Uma outra abordagem equaciona a QVT com os efeitos visíveis que as condições de trabalho têm no bem-estar de um indivíduo, como, por exemplo, manifestação de satisfação no local de trabalho, crescimento e desenvolvimento de funcionários, a capacidade de atender a toda a gama de necessidades humanas... (p. 207).

Para Rodrigues (1995), ter qualidade de vida no trabalho significa segurança, higiene, conforto, descanso, estruturas organizacionais adequadas, melhor distribuição de tarefas, melhor remuneração e garantia de desenvolvimento.

Neste estudo, a **abordagem de qualidade de vida**, bem como de **qualidade de vida no trabalho**, têm como base teórica princípios do **Referencial Holístico-Ecológico de Patrício**:

abordar a vida humana a partir de pressupostos Holístico-Ecológicos é também estar guiado pela compreensão da diversidade e transculturalidade das necessidades individuais e coletivas de ser, estar, sentir, conhecer, fazer e ter que o ser humano apresenta em todo o seu processo de viver, através da dinâmica da interação transpessoal-natureza-cotidiano-sociedade” (PATRÍCIO, 1999, p. 39).

A autora conceitua "Qualidade" como atributos, características ou propriedades de determinado fenômeno ou objeto que o qualificam como tal e salienta que qualidade de vida

diz respeito à propriedade, à maneira de ser, às características, aos atributos do fenômeno da vida, ao como esta se apresenta e como se constrói o constante processo de tecer a vida no movimento das interações do cotidiano. Portanto, Qualidade de Vida expressa o

processo de busca da satisfação de desejos, expectativas e de necessidades, primitivas e culturais, de sobrevivência e de transcendência (PATRÍCIO, 1999, p. 50).

No **Referencial Holístico-Ecológico**, “Qualidade de Vida” é entendida como produto e processo de viver. Qualidade de vida, portanto, expressa as características do fenômeno da vida; o como esta se apresenta; como se constrói e como o indivíduo sente o constante movimento de tecer o processo de viver nas interações humanas (PATRÍCIO, 1999, p.50).

Processo de viver significa estar no mundo, natural e cultural, constantemente interagindo, conhecendo, produzindo, compartilhando, sentindo, concebendo, parindo, criando, destruindo, reconstruindo, ensinando, aprendendo, morrendo... e participando, consciente ou não disso, da construção da própria vida e da vida do outro (Patrício, 1999 p. 50).

A qualidade da vida humana, para Patrício (1996; 1999), é construída em todo o processo de viver, pela participação do ser humano numa teia de relações sociais em interação com a natureza. Na teia dessas relações ocorrem os movimentos de ensinar e aprender – com razão e sensibilidade – sobre a construção do processo de viver saudável, incluindo o conhecimento e o exercício de direitos e deveres de pessoa-cidadão da casa, da escola, do trabalho, da rua, do Estado, do mundo... do cosmo.

Para Patrício (1999) “a qualidade de vida do ser humano expressa a **qualidade de sua saúde**, suas possibilidades e limitações individuais e coletivas de bem viver. Representa o processo de satisfação de suas necessidades primitivas e culturais de sobrevivência, de transcendência, como ter comida, conhecimentos, ter abrigo e trabalho digno” (p. 54). Para a autora, saúde, no olhar holístico, é produto da qualidade da integração de diversas possibilidades do ser humano de ser feliz e ter prazer nas diferentes dimensões de seu processo de viver. Patrício (1999), considera que a Saúde é um conceito individual e também um conceito coletivo, construído socialmente no processo de viver. Como “qualidade de vida”, “saúde” é um conceito subjetivo, objetivado pelas expressões corporais, verbais e pelas condições de vida biológico-sociais num dado ambiente. E a saúde está relacionada à qualidade de vida desejada e esperada pela pessoa, enquanto indivíduo e coletivo.

O processo saúde-doença expressa a qualidade de vida do ser humano enquanto pessoa-cidadão, na casa, no trabalho, na escola, na comunidade, na sociedade.

Para Patrício (1995), a qualidade de vida está vinculada às interações construídas pelo ser humano no seu cotidiano e à satisfação que advém dessas interações. Nas suas palavras,

a qualidade de vida “saudável”, o bem viver, está relacionada à qualidade das interações que o ser humano desenvolve em seu cotidiano, seja com ele mesmo, com os outros seres humanos ou com o ambiente mais complexo, e à satisfação que tem nessas interações em relação ao atendimento de suas necessidades, enquanto indivíduo e coletivo, considerando toda a dimensão subjetiva e complexa dessa compreensão (p. 97).

Os estudos qualitativos sobre a qualidade de vida do trabalhador já referidos, em especial aqueles desenvolvidos por integrantes do TRANSCRIAR – Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável, corroboram as concepções de Dejours (1992, p.164), que aponta a possibilidade de um trabalho não “só gerador de doença, insatisfação e sofrimento [...] ao contrário ele é às vezes gerador de saúde e de prazer”. De qualquer maneira, o trabalho “não é nunca neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença seja a saúde” (DEJOURS, 1992, p.164).

Nesse sentido, Lunardi Filho e Mazzilli (1996) também corroboram o pensamento de Dejours, quando salientam que o trabalho pode ser fonte de prazer e, mesmo, mediador da saúde. Para esses autores, o sujeito engaja-se nas relações sociais, através do trabalho, transferindo questões herdadas de seu passado e de sua história afetiva.

No processo de trabalho da equipe de saúde no ambiente hospitalar, no atendimento à criança queimada, as interações são elementos de cuidado e intensificam a dinâmica satisfação-sofrimento: sofrimento ao lidar com a dor e a morte; e satisfação com a cura, com a possibilidade de levar conforto a alguém, no alívio da dor do outro, enfim com todas as situações que podem se apresentar no ambiente hospitalar. Essa dinâmica interfere significativamente na qualidade de vida do trabalhador.

2.2 O Processo de Trabalho no Ambiente Hospitalar no atendimento a criança queimada: do cuidado da pele ao cuidado do ser humano

Encontra-se na literatura Leopardi (1994) e Beck (2001), que o hospital nasce como uma necessidade social – retirar da sociedade os moribundos, pobres e vadios. Portanto, o hospital surge como lugar de internato onde se misturavam prostitutas, devassos, loucos, pobres e portadores de doenças contagiosas – enfim, surge a partir de um processo de exclusão da sociedade. Com as transformações históricas, sociais, culturais, políticas e econômicas e com o desenvolvimento tecnológico, o hospital atinge o estágio de evolução e organização que conhecemos hoje.

No atual modelo foram criadas dentro das organizações hospitalares as unidades críticas conforme estudos de Beck, (2001) objetivando o atendimento de pacientes graves com maior segurança, competência, qualidade de assistência, pois esses pacientes demandam pessoal especializado, equipamentos específicos e/ou de alta tecnologia, espaço e mobiliário adequados, dentre outras especificidades. Como exemplo dessas unidades, citam-se o centro cirúrgico, a unidade de queimados, o centro de terapia intensiva e a unidade de isolamento, dentre outras.

Considerando que a unidade de queimados é uma unidade crítica do ambiente hospitalar, busca-se no estudo de Beck (2001) o conceito de unidade crítica:

as unidades fechadas que atendem pacientes com risco de vida, com possibilidades de recuperação, ou em condições especiais, como no processo de parto, recuperação anestésica, emergência e outros. São compostas por pacientes que necessitam de cuidados contínuos e especializados, em consequência das alterações fisiopatológicas e que supõem a ação de uma equipe de saúde especializada, bem como normas e regulamentos específicos para o seu funcionamento (p. 20).

Portanto, a equipe de saúde que desenvolve seu trabalho em unidade crítica vive situações complexas, pois seu cotidiano envolve casos de emergência, tempo prolongado de permanência e risco de morte, o que faz com que o limiar entre a vida e a morte se torne tênue, dentre outros agravantes.

Além disso, o sofrimento do trabalhador da equipe de saúde é também decorrente do sofrimento do outro, principalmente quando a sua possibilidade de proporcionar alívio a esse sofrimento é limitada. De um lado, há uma satisfação pelo alívio do sofrimento do outro; por outro lado, o sofrimento com as condições e limites pessoais, pelo ambiente de trabalho ou pela patologia presente no outro.

Para Pires (1996),

[...] O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumento de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico, conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (p. 202).

Leopardi (1999), em sua análise, considera que “[...] carecemos de capacidade para nos juntarmos no sentido de pensar socialmente as soluções para os problemas que encontramos em todas as áreas com as quais nos deparamos. Carecemos de juntar nossos saberes todos, como cúmplices em uma esperança, como parceiros em uma construção cotidiana de novas possibilidades de vida” (p. 2).

No seu cotidiano de trabalho, situações de óbito, inexistência de leitos, falta de equipamentos e medicamentos adequados para o atendimento dos pacientes conduzem o trabalhador de saúde a sentimentos de impotência no sentido de levar alívio ao sofrimento, à dor do outro, de proporcionar bem-estar, de salvar o outro da morte, o que traz como consequência sentimentos de tristeza, e portanto de sofrimento.

Para enfrentar essas dificuldades, Dejours (1992) considera a utilização de mecanismos de defesa e de estratégias defensivas de forma individual ou coletiva pelo trabalhador como forma de o auxiliar a diminuir o sofrimento, amenizar a ansiedade, a culpa, a incerteza e tantos outros sentimentos negativos que podem surgir na complexa relação com pacientes em uma organização hospitalar.

É nesse cenário – o hospital – que encontramos os trabalhadores enfrentando situações de satisfação-sofrimento, ou seja é no cotidiano do seu processo de trabalho, no atendimento à criança queimada, onde se dá a dinâmica satisfação-sofrimento.

No Brasil, o primeiro centro de queimados foi implantado em 1945, no Hospital da Escola Médica de São Paulo. Em 1961, como consequência de um incêndio em Niterói, durante uma apresentação do Circo Americano, fazendo 2.500 vítimas com 400 óbitos, foram criados novos centros especializados no tratamento de queimados. Em Santa Catarina, com a inauguração de um hospital infantil em 1979, foi criada a unidade de queimados em estudo. Conforme contato com Ministério da Saúde, o Brasil possui 38 Unidades de Queimados de Alta Complexidade.

Rossi et al. (1997) consideram a queimadura uma das mais graves categorias de trauma, pois, além do risco de morte, provoca importantes repercussões físicas e psicológicas. Em uma pesquisa realizada por Pires (2003), no período de janeiro de 1991 a dezembro de 2002, na unidade em estudo, a partir dos dados de prontuários de 781 crianças vítimas de queimaduras, das quais duas (0,25%) tiveram queimaduras de primeiro grau, 568 (72,73%) de segundo grau, 169 (21,64%) de terceiro grau, e 42 (5,38%) indeterminados. Quanto ao tratamento, 534 (68,37) crianças foram submetidas a tratamento clínico, 183 (23,43%) crianças foram submetidas a tratamento cirúrgico com debridamentos, 220 (28,17%) crianças foram submetidas a enxertias, e 17 crianças (2,18%) tiveram excisões tangenciais, que é o processo de ressecção seqüencial até que seja encontrada derme viável ou tecido celular subcutâneo sadio para enxertia (PIRES, 2003, p. 17). Debridamentos e enxertias são procedimentos cirúrgicos para a redução da colonização bacteriana das lesões.

O período de internação depende da gravidade do caso, das complicações advindas do quadro, da estrutura organizacional da unidade, da equipe de saúde e da estrutura física das unidades de queimados. Na unidade em estudo, segundo Pereima et al. (2001a), “o período de internação varia de 20,5 a 25 dias. Estudos realizados em hospitais de São Paulo e Minas Gerais revelaram um tempo médio de internação de 30 a 33 dias em São Paulo, e 30 dias em Minas Gerais. Estudos realizados na França e Irã revelam que o período de internação é de 15,3 a 15,8 dias” (p. 47). Segundo Pires (2003), “em hospitais da China, Turquia, Portugal, Kuwait e Argentina o tempo médio de internação é de 30,1 dias, em Massachusetts o período de internação é de 10,5 dias” (p.17). Esses dados são uma referência

importante neste estudo, pois uma das características da internação do paciente queimado é o longo tempo de permanência, com um contato diário e constante com a equipe de saúde.

Os procedimentos com relação à terapêutica dos queimados têm se tornado mais eficazes e eficientes através das pesquisas desenvolvidas, mas a evolução de toda queimadura é complexa, imprevisível. Os cuidados são dolorosos, difíceis para quem recebe e para quem presta o atendimento.

Segundo Anzieu (1989), “os grandes queimados apresentam uma grave agressão à pele; se mais de um sétimo da superfície da pele for destruída, o risco de morte é considerável e subsiste por três semanas a um mês; o bloqueio da função imunológica pode conduzir a uma septicemia” (p. 257).

Para Anzieu (1989), mesmo antes do nascimento as crianças são introduzidas, através das sensações cutâneas, em um universo de uma grande riqueza e complexidade. O autor fala da linguagem relacionada à pele:

a linguagem, corrente ou erudita, é particularmente prolixa no que se relaciona com a pele. [...] Todo ser vivo, todo órgão, toda célula, tem uma pele ou uma casca, túnica, envelope, carapaça, membrana, meninge, armadura, película, pleura [...] Quanto à lista dos sinônimos de membrana, ela é considerável: âmnio, aponeurose, blastoderma, córion, coifa, cútis, diafragma, endocárdio, endocarpo, epêndima, franja, frese, hímen, manto, opérculo, pericárdio, pericôndrio, perióstio, peritônio. [...] Um caso significativo é o da “pia-máter”, que envolve os centros nervosos; é a mais profunda das meninges; contém os vasos destinados à medula e ao encéfalo: etimologicamente, o termo designa a “mãe-pele”: a linguagem transmite bem a noção pré-consciente que a pele da mãe é a pele primeira (ANZIEU, 1989, p. 27).

Expressões que se referem a sensações cutâneas são utilizadas no cotidiano para descrever ações humanas, como citadas por Montagu (1988):

falamos de “dar uma esfregada” numa pessoa, significando repreendê-la, e de “dar-lhe um toque”, querendo dizer conscientizá-la amorosamente; personalidades são descritas como “abrasivas”, “cáusticas” e “irritadiças”. Falamos do “toque pessoal” para nos referirmos a algo mais do que um ato mecânico e descuidado; descrevemos com essa expressão o próprio idioma da pessoa. A personalidade expressa-se essencialmente “entrando em contato”. Falamos de uma pessoa que tem “um toque feliz”, de alguém que tem “um toque mágico”, de um terceiro dotado de “um toque

humano”, ou “delicado”. Nossa busca constante de interação humana nos leva a entrar “em contato”, ou a “dar um toque” (telefonar) para alguém. Com algumas pessoas é “duro” lidar, já com outras é “mole” (p. 27).

E a dor da queimadura está relacionada à agressão à pele, à idade e à profundidade da lesão. Assim, busca-se na literatura específica essas características. Sobre a **agressão à pele**, Dino, Serra e Macieira (2001) afirmam que,

com a agressão térmica à pele, inicia-se uma série de eventos que podem determinar um desequilíbrio homeostático, principalmente em queimaduras mais extensas e/ou profundas. A necrose de coagulação no local da lesão leva a liberação de mediadores inflamatórios de ação vasodilatadora que, associada à lesão direta dos capilares pelo próprio calor, provoca o aumento na permeabilidade vascular, com perda de plasma e eletrólitos para o espaço intersticial e a formação de edema. Conseqüentes a esse processo exsudativo inflamatório sucedem-se alterações sistêmicas, com diminuição do volume intravascular, aumento da viscosidade sanguínea e isquemia em órgãos como cérebro, rins e trato gastrointestinal, podendo levar a alterações do nível de consciência, diminuição na taxa de filtração glomerular e erosões gastrintestinais (p. 33)

No que diz respeito à **idade**, Demling (1993) considera que

a queimadura apresenta maior gravidade na criança que no adulto. Nestas, a superfície corporal em relação ao peso é cerca de três vezes maior que em adultos. Por esta razão, uma queimadura de área comparável, tem um impacto fisiológico maior sobre a criança. A pele da criança é mais delgada, portanto mais sujeita a lesões profundas e a maior perda de calor e água. Além disso, crianças são particularmente mais propensas a vasoconstrição e tem uma menor reserva pulmonar devido a sua maior taxa metabólica. Ainda, o sistema imune imaturo aumenta a susceptibilidade a infecções (p. 174).

Quanto à **profundidade das lesões**, as queimaduras são classificadas, segundo Demling (1993), em queimaduras de primeiro, segundo e terceiro graus.

As queimaduras de **primeiro grau**

são as queimaduras que envolvem apenas a epiderme, manifestando-se clinicamente com eritema, dor e edema mínimo. A cura ocorre por regeneração do tecido destruído, a partir das células da camada basal da derme e anexos, o que leva de cinco a sete dias. Não há seqüelas, a não ser hipocromia melânica transitória. As

causas mais comuns são a exposição solar excessiva e escaldamentos (DEMLING, 1993, p. 176).

As de **segundo grau**

são queimaduras onde há destruição de toda a epiderme e parte variável da derme, com preservação de glândulas sudoríparas, bulbos pilosos e microcirculação. As queimaduras de 2º Grau superficiais caracterizam-se pela formação de vesícula, enquanto que as profundas têm uma aparência avermelhada ou camada de derme esbranquiçada não viável firmemente aderida ao tecido viável remanescente. Essas queimaduras se epitelizam a partir dos anexos disseminados na área queimada, assim, o tempo de cura não tem relação com a extensão (DEMLING, 1993, p. 177).

E as de **terceiro grau**

são as queimaduras que destroem toda a epiderme e derme. Os anexos são totalmente destruídos. Têm uma aparência branca e cera, mas as queimaduras causadas por uma exposição prolongada podem ser marrons, vermelho-escuras ou negras. Os achados clínicos incluem: ausência de dor, de enchimento dos capilares devido à trombose dos vasos superficiais, pele seca e formação de escaras (DEMLING, 1993, p. 188).

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS SEGUNDO A PROFUNDIDADE DAS LESÕES.

Profundidade	Sinais	Sintomas
Primeiro Grau	Eritema	Dor
Segundo Grau Superficial Profunda	Eritema mais bolha Rósea, úmida e brilhante Avermelhada ou esbranquiçada, sem brilho, com preservação da maciez e elasticidade subjacente	Dor, choque (queimaduras por eletricidade)
Terceiro Grau	Branca nacarada Carbonização	Choque Choque grave

FONTE: Gomes (2001)

Uma definição da dor formulada por Riechelmann foi estabelecida, em 1979, pela Associação Internacional para o Estudo da dor (IASP): “dor é vista como uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou

potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão” (ANGERAMI- CAMON et al., 2001 p. 34).

Nasio (1997) dividiu a teoria da dor em três aspectos: a dor da lesão, a dor da comoção e a dor da reação (p. 77). Para esse autor, a dor é resultante de uma dupla percepção, “uma voltada para fora (percepção externa) para captar a lesão e a sensação dolorosa, e a outra voltada para o interior (percepção interna), para captar o transtorno psíquico que se segue” (NASIO, 1997, p.74).

Anzieu (1989) salienta que o sentimento da dor da criança queimada vai depender de sua história de vida e de outras experiências que estão relacionadas à dor. Esse sentimento é ainda adicionado da história do trauma da queimadura.

Os critérios de internação das crianças com queimaduras, que seguem a rotina do Serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital, estão descritos no Quadro 2.

QUADRO 2 – CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO DOS PACIENTES QUEIMADOS NA UNIDADE EM ESTUDO

- Grandes queimados: lactentes com superfície corporal queimada (SCQ) acima de 10% ou crianças maiores com SCQ acima de 15%.
- Queimaduras em face, períneo (genital) mãos e pés.
- Queimaduras elétricas e com inalação de fumaça.
- Pequenos queimados com lesões de 2º grau profundas ou de 3º grau.
- Casos sociais (condições sócio-econômicas desfavoráveis).

FONTE: Pereima et al. (2001a)

O Quadro 3 mostra a classificação dos pacientes queimados, de acordo com a extensão de sua queimadura.

QUADRO 3 – CLASSIFICAÇÃO DA PORTARIA 1.273 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Pequeno Queimado	- 1º e 2º grau até 10% da superfície corporal queimada (SCQ)
Médio Queimado	- 1º e 2º grau entre 10 e 25% da superfície corporal queimada (SCQ) - 3º grau até 10% da superfície corporal queimada - queimaduras de mãos, pés ou face

Grande Queimado	<ul style="list-style-type: none"> - 1º e 2º grau acima de 26% da superfície corporal queimada - 3º grau acima de 10% da superfície corporal queimada - queimaduras de períneo - queimaduras elétricas - queimaduras de vias aéreas - presença de comorbidades (doenças associadas)
-----------------	---

FONTE: Portaria 1.273 do Ministério da Saúde

Com base nessa Portaria e nos critérios adotados pela Associação Americana de Queimaduras (ABA), a Unidade de Queimados deste estudo, estabeleceu critérios para a internação dos pacientes ou para tratamento ambulatorial, conforme descritos no Quadro 4, a seguir.

QUADRO 4 – CRITÉRIOS MODIFICADOS DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE QUEIMADURAS.

Conduta	Tratamento ambulatorial	Tratamento hospitalar
Critérios	<ul style="list-style-type: none"> - Até 10% crianças maiores de dois anos - espessura parcial - Até 5% em menores de dois anos - espessura parcial 	<ul style="list-style-type: none"> - Mais de 10% crianças maiores de dois anos - espessura parcial - Mais de 5% em menores de dois anos - espessura parcial
	<ul style="list-style-type: none"> - Até 2% de espessura total ou intermediária em qualquer idade 	<ul style="list-style-type: none"> - Mais de 2% de espessura total ou intermediária em qualquer idade - Queimaduras elétricas - Inalação de fumaça - Queimaduras circunferenciais - Presença de comorbidades - Indicação social

FONTE: Pícolo, 2003

Segundo Herman (apud LEWIS, 1995), “danos permanentes, tais como cicatrizes perceptíveis, desfiguração ou contraturas irreversíveis podem causar profundo sofrimento e ansiedade à criança em crescimento e levar a sintomas psiquiátricos e isolamento crônico” (p. 1017).

As desfigurações causadas pela queimadura irão trazer alterações na imagem corporal da criança e “os bebês que sentem dores causadas por

queimaduras ficam retraídos e tristes, desenvolvem distúrbios de alimentação e sono e alteram suas respostas aos cuidados” (HERMAN apud LEWIS, 1995 p. 1017).

Herman (apud LEWIS, 1995) enfatiza que “os pré-adolescentes que enfrentam as consequências de uma queimadura grave podem tornar-se ansiosos ou deprimidos, taciturnos ou abertamente agressivos” (p. 1917). Observou-se que essas situações exigem da equipe maior dedicação no processo de cuidado desse paciente.

No que se refere ao cuidado, Patrício (1995), focalizando o termo cuidado resgata o sentido de **Nutrir a vida** de alimentos de diferentes dimensões. Segundo a autora, “**Cuidar é ‘cultivar a vida’**. Cuidar é desenvolver ações de promoção da vida e tratamento de limitações do bem viver dos seres humanos em harmonia com a natureza; um processo de educação para a vida saudável, incluindo a garantia da democracia, em todos os seus sentidos, políticos e afetivos” (Patrício, 1996, p. 55, grifos da autora).

Todas as atividades desenvolvidas na Unidade parecem ter essa representação, havendo cuidados diretos e indiretos. São **cuidados diretos** as atividades de orientação nutricional, orientação escolar às crianças, atendimento da fisioterapia às crianças, atendimento psicológico às crianças, procedimentos cirúrgicos, a balneoterapia, os curativos, a medicação. São **cuidados indiretos** as atividades de planejamento e organização, o atendimento do serviço social à família, as reuniões com a equipe e o atendimento psicológico prestado à equipe e à família.

A esse respeito, Boehs e Patrício (1990) resgatam em Leininger o conceito de Cuidado (care): “refere-se àqueles atos de assistência, de apoio, de facilitação para ou pelo outro indivíduo ou grupo, que mostra necessidade da assistência evidente ou antecipada, a fim de melhorar uma condição ou modo de vida humana” (p. 112).

Para Leininger, cuidar (caring) “refere-se às atividades, processos e decisões diretas (ou indiretas) de sustentação e habilidades com relação a assistir pessoas de tal maneira a refletir atributos comportamentais que são: empáticos, de compaixão, protetores, de socorro, de educação e outros, dependendo das necessidades, problemas, valores e metas do indivíduo do grupo que está sendo assistido” (BOEHS; PATRÍCIO, 1990, p. 112). Nesse sentido, Patrício (1996) enfatiza que

atos de cuidar representam a **mediação** no processo de transformação das necessidades do ser humano de viver saudável: ajudam a viver na saúde e na doença; protegem as pessoas e a natureza; auxiliam a pessoa a nascer e a ser, a desenvolver-transcender, a reproduzir, a criar-transformar, a morrer dignamente. Colaboram na redução de estresse e a gerir conflitos de forma mais saudável. **Aceitar essa idéia é conceber o cuidado como provedor de prazer e de momentos de felicidade, ou eliminador de desprazer, de insatisfações** (p. 55 grifos da autora).

Cuidar do outro é o cotidiano dos trabalhadores da saúde. A trajetória da vida humana tem sido um movimento em busca da satisfação e inibição do sofrimento em função de uma melhor qualidade de vida. A queimadura acarreta um rompimento nessa busca, e o sofrimento é tanto da criança quanto da equipe de saúde que presta o atendimento a essa criança.

No próximo capítulo, apresentam-se os pressupostos deste estudo.

3 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

No referencial do Cuidado Holístico-Ecológico pensar e fazer holístico e ecológico significa a vivência compartilhada de consciências que mobilizem perceber o caráter biológico e cultural do ser humano, a diversidade, a unicidade e universalidade, a integralidade e totalidade de cada ser, na relação consigo mesmo e em interações com outros seres humanos e as outras naturezas, em movimento de tempo e de espaço, particulares e coletivos; as relações do ser humano com a vida no planeta e no universo... integrando filosofia, tradição e arte, envolvendo razão, sensação, intuição, sentimento e mística, tendo como base princípios éticos e estéticos de viver individual e coletivo.

Zuleica Maria Patrício (1995)

Nos Métodos Qualitativos de Pesquisa é usual a adoção do termo “pressupostos do estudo”, em substituição a “hipóteses do estudo”. Segundo Minayo (2000) a utilização do termo hipótese tem uma conotação positivista e formal da abordagem quantitativa, que crê na possibilidade do conhecimento objetivo da realidade e na comprovação da mesma, através de provas estatístico-matemáticas. A autora coloca, ainda, que os pressupostos são “afirmações provisórias do pesquisador acerca de determinado problema de estudo [...], são como um diálogo que se estabelece entre o olhar do pesquisador e a realidade a ser investigada” (MINAYO, 2000, p. 40-41).

A esse respeito Bogdan e Biklen (1994) afirmaram que os investigadores qualitativos não coletam dados ou provas com o objetivo de confirmar suas hipóteses previamente construídas. Ao invés disso, constroem as abstrações à medida que os dados coletados vão se agrupando.

Outro termo comumente associado a pesquisas qualitativas é holismo. No entanto, Patrício (1999) esclarece que “é preciso que se diga que estudos de abordagem holística podem ser caracterizados como qualitativos, mas nem todo o estudo qualitativo pode ser caracterizado como holístico” (p. 67).

É importante reforçar que os pressupostos deste estudo têm como base a abordagem holística, uma vez que este paradigma se preocupa em focalizar emoções, sentimentos, considerando o sujeito com ele mesmo, o sujeito na relação com os outros, as expressões do corpo e as expressões da pele.

É a pele que nos expõe aos outros; é a pele que recebe o outro. Utilizamos no dia-a-dia uma terminologia que busca nas sensações cutâneas as expressões dos sentimentos cotidianos, e a abordagem holística valoriza esses sentimentos, o significado dessa linguagem e a qualidade do processo de interação entre os seres humanos.

Com base no marco teórico e em especial no processo de definição do problema do estudo, desenvolvido na fase exploratória, o estudo teve como pressuposto básico que **a coexistência da satisfação e do sofrimento no atendimento do trabalhador à criança queimada no ambiente hospitalar é significativa para a sua qualidade de vida no trabalho.**

Esse pressuposto foi construído a partir dos seguintes pressupostos:

- O ser humano, em toda sua trajetória de vida, busca a satisfação e tenta minimizar o sofrimento, em função de uma melhor qualidade de vida, inclusive no ambiente de trabalho;
- O trabalho como atividade humana é um processo que pode trazer satisfação e sofrimento, através das interações que ocorrem no cotidiano dos trabalhadores;
- O trabalho, como ação humana que produz bens e serviços, representa não somente um meio de satisfazer necessidades de sobrevivência, mas também de transcendência: realizações pessoais, individuais e coletivas enquanto sujeito que transforma para si e para os outros seres humanos;
- O ambiente de trabalho é significativo na qualidade de vida dos trabalhadores;
- O trabalho de atendimento à saúde em ambiente hospitalar tende a gerar situações de satisfação-sofrimento para os trabalhadores que o desenvolvem;

- O trabalho de atendimento à saúde em ambiente hospitalar, particularmente dirigido às crianças queimadas, intensifica as vivências de sofrimento- satisfação dos trabalhadores;
- A aparência da queimadura, a lesão da pele, mesmo na ausência da dor, intensifica o sofrimento dos trabalhadores da equipe de saúde no ato de prestar atendimento às crianças queimadas;
- As dimensões razão e sensibilidade estão presentes no cotidiano dos trabalhadores da equipe de saúde no ato de trabalhar com as crianças queimadas, embora suas rotinas sejam prescritas por procedimentos racionais.
- A dimensão sensibilidade se apresenta na interação trabalhador-criança. Há um movimento constante no exercício razão-sensibilidade, como uma forma de construção da dinâmica satisfação-sofrimento no atendimento às crianças queimadas;
- O sofrimento presente no atendimento às crianças vítimas de lesões causadas pela queimadura não elimina a satisfação que advém desse trabalho, havendo, portanto, uma coexistência do sofrimento e da satisfação nesse cotidiano de trabalho.

4 MÉTODO DO ESTUDO

Adotar uma visão holística é buscar compreender a realidade das coisas pela conjugação harmoniosa de diferentes olhares.

Zuleica Maria Patrício (1995)

4.1 Caracterização do Estudo

O **tipo de pesquisa** desenvolvido foi o Estudo de Caso, que consiste em conhecer em profundidade uma realidade delimitada, procurando responder como e por que certos fenômenos ocorrem. É um **Estudo de Natureza Qualitativa**, e portanto busca descrever, conhecer, compreender e interpretar a realidade através dos significados dos sujeitos sobre determinado fenômeno. Um estudo qualitativo permite ouvir – escutar – o sujeito.

Patrício (1999) salienta que os métodos qualitativos consideram que os fenômenos sociais são construídos pela subjetividade humana em seus significados culturais e afetivos (p.67). Assim, com base em Demo (1985), concebe-se a não-neutralidade do pesquisador no processo da pesquisa, valorizando a objetivação e não a objetividade dos dados.

A produção de conhecimento científico pressupõe a definição de um método de pesquisa e de um objeto de estudo, através dos quais se indica a abordagem mais apropriada para a aproximação com a realidade. Portanto, em função dos objetivos deste estudo, e do referencial que o orienta, os métodos qualitativos de pesquisa se apresentaram mais adequados enquanto caminho metodológico de investigação.

Patrício (1999), no desenvolvimento de seu trabalho, questiona "que métodos dariam conta de abordar a cultura e as emoções de prazer e dor expressados pelo próprio sujeito do processo? [...] que métodos dariam conta de captar as situações

humanas, tendo em vista diferentes interconexões e as suas diversas interações nos diferentes cotidianos da vida?” (p. 64).

O exercício de questionamento que essa autora faz parte do princípio de que a pesquisa busca a compreensão da realidade, através dos significados humanos, e que é preciso operacionalizar as concepções que emergem dos novos paradigmas. Continua a autora: “que métodos dariam conta de tudo isso e que ainda viessem a colaborar para a qualidade de vida da humanidade através de princípios éticos e estéticos do viver individual e coletivo? (PATRÍCIO, 1999, p. 64). Para tanto, os métodos qualitativos mostram o caminho para “estudar e aplicar com mais propriedade as concepções de **processo**, de **movimento** [...] que envolvam a participação humana” (PATRÍCIO, 1999, p. 65, grifos da autora).

Para Haguette (1997), “os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser” (p. 63).

Nessa concepção, o estudo qualitativo seria

um modo de conhecer e compreender o processo de viver e ser saudável através da identificação da história de vida e do cotidiano dos sujeitos enquanto indivíduo e coletivo. [...] É um método voltado às questões da bioética, mas a partir de uma visão sistêmica porquanto considera a individualidade humana na complexidade de suas múltiplas interações naturais e sociais, no caldo de cultura e sentimentos. Busca analisar, refletir e fazer sínteses sobre os fenômenos humanos, num dado contexto para conhecer e compreender o sujeito em seus valores, desejos, e suas crenças, seus mitos e conhecimentos, suas emoções de prazer e dor e as práticas que expressam sua linguagem particular e coletiva. E, especificamente, esse método busca identificar possibilidades e limites, individuais e coletivos, de viver saudável, de ter a qualidade de vida de vontade e de direito (PATRÍCIO, 1999, p. 20-21).

Na pesquisa qualitativa, Patrício e Casagrande (1999) enfatizam que “os resultados costumam – e têm essa pretensão – gerar outros estudos através dos mesmos dados ou suscitar questões para outros estudos” (p. 342).

Bogdan e Biklen (1994) conceituam a investigação qualitativa a partir de cinco características: 1) a fonte de dados é o ambiente natural onde os fenômenos ocorrem, sendo o próprio investigador o instrumento principal do estudo; 2) é uma investigação descritiva; 3) o processo de pesquisa é tão ou mais importante que seu

resultado ou produto; 4) a análise dos dados é feita de forma indutiva; 5) atribui importância vital aos significados.

Patrício et al. (1999) pressupõem que somente o trabalhador, através de sua linguagem verbal e não-verbal, é capaz de expressar os significados de razão e sensibilidade sobre sua vida e seu cotidiano de trabalho, e que a sua vida de trabalho está interconectada com as outras dimensões de seu processo de viver individual-coletivo.

4.2 Preceitos Éticos do Estudo

Segundo Bogdan e Biklen (1994), o panorama recente no âmbito da ética relativa à investigação com sujeitos humanos comporta duas questões. A primeira refere-se ao consentimento informado, hoje denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mediante o qual os sujeitos aderem voluntariamente ao estudo, cientes da sua natureza e dos problemas e obrigações nele envolvidos. A segunda diz respeito à proteção dos sujeitos contra qualquer espécie de danos, significando que eles não sejam expostos a riscos superiores aos ganhos que possam advir de um estudo.

Esses autores definem que os seguintes princípios éticos devem orientar a condução de uma pesquisa: proteção à identidade dos sujeitos, respeito e honestidade para com eles, explicitação de todas as condições do estudo e autenticidade no registro dos dados e resultados.

O processo de entrada na organização em estudo seguiu normas, como a solicitação para realização da pesquisa ao diretor responsável. O primeiro contato com a organização ocorreu em uma visita junto com o chefe da Unidade, e posteriormente foi solicitada à direção do hospital, por meio de ofício, a permissão para realização da pesquisa (Apêndice A).

Além da observância a esses princípios éticos gerais, o estudo foi desenvolvido observando-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 2003), que fixa diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

A apresentação aos sujeitos ocorreu através de uma Carta de Apresentação e Solicitação de Participação (Apêndice B), que é um documento que informa sobre o trabalho e sobre os rigores éticos da pesquisa, carta essa assinada pela pesquisadora e entregue ao sujeito. Após a sua leitura, cada sujeito assinou o documento que ficou com a pesquisadora. Ainda, antes da entrevista, cada sujeito escolheu um codinome, para garantia da preservação de anonimato de acordo com a Resolução citada.

4.3 Local e Sujeitos da Pesquisa

A Unidade de Queimados estudada pertence a um Hospital Infantil Estadual, e a assistência à população é mantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Iniciou suas atividades com a inauguração do próprio hospital, em dezembro de 1979, sendo a única com essas características no Estado de Santa Catarina. Inicialmente ela funcionava, segundo relato do chefe da unidade, como uma enfermaria convencional, apenas com banheiras em cada quarto. Entretanto, ainda segundo relatos do atual chefe da Unidade, suas instalações mostraram-se inadequadas, principalmente considerando o longo tempo de internação de que as crianças queimadas necessitavam.

Após reformas e melhorias, a Unidade de Queimados, com seu projeto de funcionamento estruturado, foi considerada, pelo SUS um Sistema de Alta Complexidade², o que implica remuneração diferenciada das demais unidades do hospital, e aquisição de materiais, equipamentos cirúrgicos e malhas para uso específico dos queimados.

Em 2001, foi credenciada como Unidade de Alta Complexidade, pelo Ministério da Saúde, quando se tornou apta a realizar todos os procedimentos necessários à recuperação da criança queimada, desde a fase aguda até a

² Portaria do Ministério da Saúde nº. 1.273/SGM, de 21 de novembro de 2000, que define as Unidades de Queimados como de Complexidade Intermediária e Alta. § 2º Entende-se por Centros de Referência em Assistência a Queimados aqueles hospitais/serviços, devidamente cadastrados como tal que, dispondo de um maior nível de complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos para o atendimento a pacientes com queimaduras, sejam capazes de constituir a referência especializada na rede de assistência a queimados.

reabilitação de seqüelas, sendo a partir desse momento cadastrada como Centro de Referência de Queimados para o Estado, pela Portaria nº 303 do Ministério da Saúde, de 10 de agosto de 2001.

Já foram realizados três cursos de capacitação no tratamento de queimaduras para os funcionários da Unidade e, em 2003 e 2004, realizou-se o lançamento de uma ampla campanha de prevenção de queimaduras, levando suas informações para fora dos muros do hospital.

Hoje a Unidade tem os seguintes trabalhadores diretamente vinculados ao cuidado às crianças: um trabalhador da área de enfermagem, três técnicos de enfermagem e sete auxiliares de enfermagem. A área médica é formada pelo coordenador, que é médico-cirurgião pediátrico, e três médicos residentes em cirurgia pediátrica.

Outros funcionários do hospital prestam cuidados às crianças queimadas: uma pedagoga, uma assistente social, um fisioterapeuta, uma nutricionista, os médicos plantonistas e os residentes. Atuam também na Unidade um estagiário de fisioterapia, um estagiário de nutrição e um estagiário de psicologia.

Essa Unidade tem uma área de aproximadamente 200 m², que é dividida em diversos setores que favorecem a assistência e o manuseio da criança queimada, possibilitando a esta maior conforto e menores riscos durante o período de internação. A Unidade tem capacidade total para sete pacientes, sendo dividida em quatro quartos. São alojados três pacientes em um quarto e dois em outro, e os outros dois quartos destinam-se para isolamento. A disposição dos leitos é variada conforme a necessidade, e em momentos de falta de leitos as crianças são internadas em outras unidades do Hospital.

A infra-estrutura de materiais e equipamentos é composta por quatro quartos com estrutura para balneoterapia das crianças, sete leitos, sete cadeiras para acompanhantes, uma copa para lanche dos trabalhadores, dez armários, cinco banheiros, cinco televisores, uma sala de fisioterapia com equipamentos específicos para a fisioterapia diária das crianças, dois balcões, vários brinquedos, livros de histórias infantis, um computador e uma maca para transporte de pacientes.

Equipe de Saúde, neste estudo, representa os trabalhadores da Unidade de Queimados que prestam atendimento às crianças 24 horas por dia, ou seja, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos e médicos residentes, bem como aqueles trabalhadores que prestam atendimento à criança queimada mas não fazem exclusivamente, parte da Unidade que são os profissionais das áreas de fisioterapia, psicologia, nutrição, pedagogia e serviço social.

Foram sujeitos da pesquisa **trabalhadores da Equipe de Saúde** dessa Unidade nos turnos de trabalho **diurno e noturno que prestam cuidado direto e indireto à criança queimada no ambiente hospitalar**. O critério de escolha dos sujeitos foi diferente para cada especialidade. Da enfermagem, todos foram sujeitos da pesquisa, ou seja, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e sete auxiliares de enfermagem. Da área médica, foi escolhido, intencionalmente, como sujeito de pesquisa o médico-cirurgião chefe da Unidade e, através de escolha por conveniência, um médico residente. Os demais trabalhadores que prestam cuidados às crianças, únicos em cada área, são os seguintes: um trabalhador de fisioterapia, um de psicologia, um de nutrição, um de pedagogia e um da área de serviço social. Portanto, esta tese tem como sujeitos de pesquisa 18 (dezoito) trabalhadores da Equipe de Saúde que prestam cuidados, diretos e indiretos, às crianças internadas em uma unidade de queimados de um hospital infantil público.

4.4 O Processo de Entrar, Ficar e Sair do Campo

Nos métodos qualitativos de pesquisa, Patrício (1996) chama a atenção para a necessidade

da compreensão das múltiplas conexões que compõem a realidade social estudada, os métodos qualitativos têm, preferencialmente, como laboratório o próprio contexto onde os fenômenos ocorrem, ou seja, os locais onde a tecitura da vida ocorre, nos cotidianos onde a qualidade de vida é construída (p. 85).

Patrício (1996), fundamentada na abordagem holística, preconiza o uso da razão e sensibilidade na técnica de abordar a realidade, e conceitua técnicas “como

maneiras e habilidades especiais de fazer algo, de transformar algo [...] essa técnica representa o processo de interação com os sujeitos”. A autora define que

conforme o Referencial Holístico-Ecológico o processo de cuidar-pesquisar-ensinar é centrado nas interações entre profissional e população, o profissional com outros profissionais e o profissional com seus parceiros na literatura, envolvido por todo o ambiente. O profissional com todas as suas necessidades, expectativas, desejos, limitações e todos os seus recursos pessoais e profissionais, assim como o sujeito (objeto meio e força do processo) também. A construção se dá entre ‘objeto’ e pesquisador (p. 85).

Portanto, nos estudos que requerem trabalho de campo, é necessário todo um processo exploratório para subsidiar a entrada no campo, a permanência no campo e a saída deste.

Patrício considera esses momentos do estudo como processo e os denominou “**Entrando no Campo**”, “**Ficando no Campo**” e “**Saindo do Campo**” (1999, p. 69). Tais momentos acontecem de forma interligada e constante e diferenciam-se por particularidades específicas de cada estudo.

4.4.1 Entrando no Campo: fase exploratória e estudo piloto

Nesta etapa, foi oficializado o estudo na organização, sendo solicitada à direção do hospital a que pertence a Unidade, a permissão para desenvolver a pesquisa, conforme salientado anteriormente. Esse período foi de planejamento dos dias e horários das atividades e etapas desenvolvidas e de operacionalização do estudo.

A etapa **Entrada no Campo** abrange desde o início da idéia do tema da pesquisa, sua consolidação, a delimitação do problema, a estruturação da proposta de estudo, enfim, representa o período inicial da investigação, incluindo a fase exploratória e o projeto piloto. De acordo com Patrício (1999), “representa os primeiros momentos de interação com o contexto onde será desenvolvido o estudo. Pode ser identificado como o período de pesquisa exploratória” (p. 69).

O “campo”, segundo Patrício (1996), “é o espaço, geográfico, energético, cultural, intelectual, afetivo... do sujeito do estudo que logo em seguida, na interação,

é transformado em uma unidade espacial pesquisador-pesquisado, mantendo a individualidade de cada um” (p. 85).

Para Minayo (1992), “o processo de investigação prevê idas ao campo antes do trabalho mais intensivo, o que permite o fluir da rede de relações e possíveis correções já iniciais dos instrumentos de coleta de dados” (p. 103).

O período exploratório deste estudo iniciou-se em junho de 2002, momento em que foi viabilizada a pesquisa propriamente dita, com a definição do tema e do problema, a definição dos sujeitos e dos pressupostos, e o conhecimento do campo.

Os primeiros contatos com os sujeitos foram de forma afetiva, havendo uma grande receptividade pela equipe quando informada de que seria desenvolvido ali um estudo. Houve também manifestações de alegria, de entusiasmo, de disposição para a participação no estudo e satisfação pela escolha da “sua” unidade de trabalho. *“Fico muito feliz que tenhas escolhido trabalhar aqui, precisamos muito de ajuda”*, diz um dos trabalhadores.

As informações colhidas na fase exploratória e registradas no Diário de Campo, base da definição do tema, da pergunta da pesquisa, dos objetivos e dos pressupostos, foram manifestações espontâneas dos trabalhadores. Um trabalhador comenta: “São muitos anos, temos muita bagagem, trabalhamos com os olhos da alma”. Sobre a presença do acompanhante da criança, durante 24 horas por dia, anotaram-se algumas falas, em que se observou que havia momentos de muitas dificuldades no trabalho com essas pessoas. Uma trabalhadora diz: *“A mãe não ajuda, ela [a menina] não levanta para nada, o pai dá comida na boca, a mãe faz tudo para ela e ela não ajuda, faz jogo com a mãe. É a paciente mais estressante do último ano”*. Por outro lado, outro trabalhador comenta: *“Algumas mães ou acompanhantes ajudam, outras atrapalham muito a recuperação da criança”*. Essa situação faz com que aumente o trabalho da equipe. *“Temos que cuidar da criança e da mãe”*, afirma outra trabalhadora.

Foram acompanhadas as reuniões semanais coordenadas pelo médico chefe da Unidade, todas as segundas-feiras pela manhã, para prescrição da rotina da semana e discussão de todos os fatos ou alterações que ocorreram na semana anterior. A essa reunião comparecem todos os trabalhadores que direta ou indiretamente estão vinculados ao cotidiano do trabalho hospitalar com a criança queimada.

O momento do banho é muito tenso para os trabalhadores, pois as crianças choram muito. Enquanto se observaram os banhos, foram anotados alguns comentários feitos pela equipe em diversos dias: *“Não agüento mais ver essa criança sofrer, são quatro meses, é muito sofrimento”. As crianças choravam e a enfermeira tentava acalmar com carinho: “Já vou terminar amada da tia, a tia sabe, é ruim”.*

No segundo dia de observação na Unidade, um dos enfermeiros me convida para tomar café com torradas que ele mesmo prepara, juntamente com outra enfermeira. Enquanto tomávamos café, eles falaram sobre as suas dificuldades. Em alguns momentos os trabalhadores demonstram muito sofrimento: *“Já tivemos casos em que a gente sai do quarto para chorar”; “Isso aqui é um mar de sofrimento, tanta pobreza, a gente sofre com eles”.*

Registrou-se a preocupação de uma trabalhadora diante da situação social e familiar das crianças: *“Olha aquele ali, o pai está preso. Agora ele vai sair com a mãe de ônibus. Ela tem mais cinco filhos em casa e mora lá no morro. Esse ano já é o quinto paciente com o pai preso”.* O outro trabalhador fala sobre o estresse do trabalho: *“Algumas vezes saio daqui tão cansado que, quando chego em casa, tenho três filhos, não sobra mais nada. Já me dói tudo, não quero ouvir gritos de criança, televisão alta, quero só ficar sozinho, mas eles também precisam de mim”.*

Houve também manifestações de satisfação com a recuperação das crianças e a participação do trabalhador nesse processo, a importância do seu trabalho e a responsabilidade da equipe na vida da criança. Portanto, nesse período observou-se que, no cotidiano de seu trabalho, durante o processo de cuidar das crianças, os trabalhadores verbalizavam situações de satisfação e sofrimento e, mais, que os trabalhadores tinham um envolvimento, uma doação nesse processo de cuidado às crianças. Isso era exatamente o que se buscava como projeto de pesquisa na área da saúde, em uma instituição pública, em que o processo de trabalho da equipe envolvesse a integração da **razão e da sensibilidade**, onde fosse possível fazer **uma pesquisa qualitativa**.

A fase exploratória foi um processo de interação sujeito-pesquisador, muito intenso, com contatos diários durante seis meses, participação da pesquisadora em reuniões da Unidade, momentos de confraternização em atividades fora da Unidade,

participação em congressos, e de certa forma os trabalhadores demonstravam estarem sentindo-se valorizados pela participação no estudo. Houve também momentos de participação da pesquisadora com os sujeitos nos procedimentos da Unidade, contatos com toda a equipe, atividades lúdicas com as crianças e diálogo com familiares.

Portanto a fase de **Entrada no Campo** foi uma aproximação e um namoro com muita paixão, pois, conforme Patrício (1999) salienta, “a interação nesse período do estudo é mais focalizado no processo de aproximação com os sujeitos da pesquisa, assemelhando-se a um tipo de namoro” (p. 70). Nesse processo através da observação e do diálogo é que se deu o conhecimento mútuo, a apresentação da proposta de estudo, a discussão de objetivos, suas técnicas metodológicas e questões éticas, com a garantia do sigilo da identidade do sujeito e de dados impróprios a publicação. Patrício (1999) enfatiza que “o ideal mesmo é o pesquisador ter o documento assinado de aceitação do estudo pelos sujeitos e, ao mesmo tempo, deixar com os sujeitos um documento assinado por ele referente às questões éticas e seus futuros compromissos com a devolução dos dados” (p. 70).

Após apresentações na Banca Solidária³ do TRANSCRIAR e diversas idas e vindas no campo, e de reestruturação do projeto, foram feitas duas observações de situação de cuidado à criança e entrevistas piloto.

A entrevista piloto permitiu reestruturar as questões norteadoras da entrevista, especialmente sentir o processo de interação sujeito-pesquisador no momento de uma entrevista e verificar o melhor local e horário para a realização dessa entrevista, o que significou momentos de entusiasmo tanto para os sujeitos como para a pesquisadora. Para a pesquisadora foi também um processo de expectativa, já que a coleta dos dados nos métodos qualitativos de pesquisa com Referencial Holístico-Ecológico é muito mais do que coletar dados; é um processo de interação com os sujeitos em que há troca de energia, sentimentos e emoções, informações de vida pessoal e profissional, revelações e até segredos que ficam na relação pesquisador-pesquisado. É importante salientar que, mesmo preservando a individualidade de

³ Procedimento interno do TRANSCRIAR, um ritual de ensinar-aprender no coletivo do Grupo pelo qual todos os mestrandos e doutorandos submetem seu projeto de pesquisa a uma banca composta pelo orientador e por dois colegas do próprio Grupo, além de apresentá-lo aos demais colegas, em sessão pública.

cada um, não há neutralidade do pesquisador no modo como entende a pesquisa quantitativa.

4.4.2 Ficando no Campo: levantamento, registro e análise dos dados

A etapa **Ficando no Campo**, segundo Patrício (1999), caracteriza o processo de coleta de dados propriamente dita e “representa os diferentes momentos de interação com os sujeitos do estudo” (p. 70). Essa etapa inicia-se no momento em que o pesquisador começa a levantar os dados que subsidiaram a pesquisa.

Para Patrício (1999), “fundamentalmente a técnica de levantamento de dados que é utilizada nos métodos qualitativos de pesquisa é a observação participante e entrevista aberta ou semi-estruturada” (p. 71).

A coleta de dados deste estudo realizou-se através de observação participante e entrevista semi-estruturada (Apêndice C). O campo de estudo, onde se colheram as informações, foi o próprio ambiente de trabalho. A observação ocorreu durante o plantão de 12 horas de cada trabalhador e as entrevistas também foram realizadas na Unidade de Queimados, ao final do período de observação com os sujeitos. O Referencial Holístico-Ecológico preconiza que interação sujeito-pesquisador deve ocorrer num ambiente o mais agradável, equilibrado e afetivo possível, motivo pelo qual a pesquisadora, juntamente com os sujeitos, escolheram o próprio ambiente de trabalho para essa interação.

Ou ainda, segundo Minayo (1992), observação participante “se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos” (p. 59-60). Salienta, ainda, a autora que a importância dessa técnica reside no fato de “Podemos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais importante e evasivo da vida real” (MINAYO, 1992, p. 59-60).

A observação participante, foi realizada conforme as datas combinadas com os sujeitos, nos mesmos dias das entrevistas, que ocorreram na sala de atividades da Unidade de Queimados, no final da tarde, pois esse era o melhor horário para os sujeitos. Foram seguidos os preceitos éticos preconizados pelos métodos qualitativos, como entregar ao sujeito a Carta de Apresentação (Apêndice B) assinada pela pesquisadora e solicitar a assinatura do sujeito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). As entrevistas, gravadas em fita cassete, com consentimento dos entrevistados, foram posteriormente transcritas pela pesquisadora e, por fim, os dados, validados com os sujeitos.

Na observação participante os trabalhadores foram observados em suas rotinas de trabalho, em dois turnos, com a participação da pesquisadora. Portanto, foi utilizada a entrevista semi-estruturada (Apêndice C), que privilegia o significado dos sujeitos às questões relevantes do estudo. A entrevista é considerada por vários autores um importante instrumento de coleta de dados em pesquisa qualitativa e também um processo de interação social entre duas pessoas (HAGUETE, 1997). Para Lüdke e André (1986), a entrevista é uma técnica que possibilita maior aprofundamento das informações dos sujeitos.

Nesse processo de coleta e registro de dados, foi utilizado o Diário de Campo, conforme Patrício (1996; 1999), registrando-se Notas de Campo e Notas do Pesquisador. As Notas de Campo referem-se ao contexto cultural, físico, social e afetivo que está sendo estudado, ou seja, tudo que faz parte do ambiente dos sujeitos, expressões verbais e não-verbais. As Notas do Pesquisador dizem respeito às reflexões deste referentes ao método, ao tema e aos seus sentimentos em relação ao estudo. No Diário de Campo, há um espaço para a análise, onde foram registradas as categorias referentes ao tema, e ressalta-se aqui que essa análise é feita durante o próprio processo de levantamento dos dados.

Foram registrados no Diário de Campo eventos surgidos antes, durante e depois da entrevista, incluindo-se sentimentos, emoções ou outras manifestações surgidas durante o encontro entrevistado–pesquisador.

Das 18 (dezoito) entrevistas, 17 (dezessete) foram gravadas em fita cassete com autorização dos sujeitos, sendo posteriormente as informações transcritas pelo pesquisador. Um dos participantes preferiu não gravar a entrevista, caso em que a

pesquisadora registrou manualmente as informações e posteriormente as digitou. As informações foram validadas pelos sujeitos, isto é, a pesquisadora, após a transcrição de cada entrevista, em um encontro com cada entrevistado, verificou se tudo estava escrito de acordo com o que ele falou ou se este gostaria de subtrair ou acrescentar algum detalhe. Não houve alteração de informações concedidas durante a entrevista, mas apenas esclarecimentos de termos usados durante a mesma. Após a transcrição e a validação, essas informações foram analisadas, e para tal o pesquisador dispôs dos seus registros no Diário de Campo.

A observação foi realizada durante todo o período de trabalho de cada sujeito, ou seja, no período diurno (das 7 horas às 19 horas) e a entrevista na parte da tarde, na sala de atividades da Unidade, já que ficou claro, desde a entrevista piloto, serem estes o melhor local e o melhor horário para os trabalhadores. A observação do período noturno ocorreu das 19 horas às 7 horas, e a entrevista foi realizada no momento em que o trabalhador esteve disponível para isso. Esse momento da entrevista variou conforme as solicitações das crianças e demais familiares ao trabalhador, e também foi realizada na sala de atividades da Unidade.

O processo de transcrição das entrevistas é um momento em que o pesquisador revive a interação com os sujeitos, a partir da própria entrevista e dos registros do Diário de Campo. É um processo prazeroso de “reencontro”, de informações que vão formando nuvens de idéias, mas especialmente significou um momento envolvente neste estudo pelas revelações de sentimentos e emoções dos trabalhadores no cotidiano de cuidado às crianças queimadas. Nesse momento, as emoções ocorridas durante a Entrevista, os momentos de choro e de riso, os sons do ambiente, nesse caso da própria unidade, criam uma atmosfera que torna essas sensações vivas.

O processo de análise dos dados se deu a partir do momento em que se obtiveram os primeiros registros, visando a um maior detalhamento das descrições feitas, com a finalidade de categorizar as questões levantadas. Esse é um processo mais lento de ir e vir nas informações, nos objetivos e na pergunta da pesquisa.

Bogdan e Biklen (1994) definem a análise de dados como

o processo de busca e de organização sistemático de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram

sendo acumulados, com o objetivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou. A análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros (p. 205).

Nos métodos qualitativos a análise dos dados é realizada de forma concomitante à sua coleta, de modo “que um dado oriente a interpretação e compreensão de outros dados, além de, em muitos casos, conduzir, para outros levantamentos” (PATRÍCIO, 1999, p. 72).

4.4.3 Saindo do Campo: análise final e devolução dos dados

A etapa **Saindo do Campo** caracteriza-se por interações entre pesquisador e sujeitos da pesquisa. Segundo Patrício (1999), “dependendo do tipo de estudo, estes momentos podem representar apenas despedidas e agradecimentos, ou encaminhamentos futuros, ou mesmo representar o encontro, ou encontros, para a apresentação e devolução dos dados, se for o caso” (p. 73).

Na verdade, o processo de sair de campo é constante, ocorrendo a cada final de coleta de dados, para, posteriormente, haver propriamente a saída do campo.

Portanto, o **contato diário** com o estudo, o processo de coletar-analisar-coletar, é contínuo. Esse movimento constante de ir e vir é que permite o surgimento de *insights*; é o momento da **paixão parir idéias**. Nesse processo o pesquisador necessita de **dedicação ao estudo**, para **pensar–dormir–sonhar–viver–sentir–nutrir–cuidar** da sua pesquisa.

À medida que se entra no campo da pesquisa, esse processo pode trazer contribuições ao campo de estudo desde o seu início. Assim, consideraram-se importantes as manifestações dos trabalhadores sobre o significado da sua participação na pesquisa, no processo de interação pesquisador–pesquisado. Para alguns foi uma oportunidade para desabafar e expressar situações de satisfação e sofrimento, uma forma de relaxamento, de poder falar sobre o que pensa e o que sente.

*Eu gostaria de agradecer por esta oportunidade de estar desabafando. Talvez com isso as pessoas acreditem nas coisas que acontecem aqui de verdade, que não é fácil acreditar no **sofrimento da gente**. Não é fácil também acreditar o quanto a **gente fica feliz** em saber que uma **criança está bem**. Tem pessoas que trabalham por trabalhar, não dão valor ao serviço, trabalham porque têm que trabalhar, porque precisam. Esta oportunidade para as **pessoas falarem é tão boa, faz tão bem...** (Lua).*

*Eu achei o máximo! Eu pude me expor. Foi um tipo de **relaxamento** para mim. São perguntas que nunca ninguém fez sobre o **que eu penso e o que eu sinto**. A equipe é dez (Iza).*

*Eu me senti bem à vontade falar daquilo que **a gente faz e gosta de fazer**. Não é problema, a gente fica bem à vontade (Girassol).*

Para outros, além da oportunidade de manifestar suas necessidades de se expressar, foi também um momento de falar da necessidade do retorno de um profissional da psicologia na Unidade, tanto para a equipe como para os pais. Foi também agradável falar do seu trabalho, salientando a importância da qualidade de vida no trabalho e da melhora que um diálogo assim pode trazer para o seu processo de trabalho na Unidade.

*Gostei muito dessa entrevista. Acho que a gente tem que **expressar o que sente**. Gostei da entrevista, **expus tudo o que queria falar**. A nossa unidade também é uma unidade pequena, não tem atritos, nosso pessoal é bem unido. Foi muito bom perguntar, para a gente é **difícil alguém perguntar alguma coisa para a gente**. Uma pessoa de fora ou a própria enfermeira fazer perguntas para a gente. Eles **não fazem esse tipo de pergunta** e a gente **precisa dessas perguntas**. Alguma coisa muda, a gente precisa e elas não comunicam, não conversam com a gente. A gente tinha **psicóloga** e a gente botava tudo para fora o que a gente **sentia**, era bom. Elas vinham **conversar, faziam palestras**. Hoje não tem mais **psicóloga** e a gente precisa **para nós e para os pais** (Jabuticaba).*

*Sobre a entrevista as perguntas foram adequadas. A gente **precisa de psicóloga** como já tivemos, agora parece que está voltando. O queimado melhorou muito de uns cinco anos para cá (Peito de Ferro).*

*O que mais gostei que tu perguntasses foi em relação à, **qualidade** mesmo, de como a pessoa se sente para desenvolver seu trabalho. Isso é muito importante porque para desenvolver teu trabalho tens que **estar bem contigo mesma**, porque quando a gente não está bem com a gente mesmo a gente acaba não conseguindo desenvolver o trabalho (Bem-Te-Vi).*

*Eu me senti bem, e considerando que **esse trabalho também é para melhorar aqui**. A gente sempre quer melhorar e **nossos trabalhos acadêmicos** são para isso, têm esse objetivo, **melhorar** (Mel).*

Minayo (2000) fala de “ciclo da pesquisa”, ao referir-se à inserção do pesquisador no campo, “um processo de trabalho em espiral que começa com um problema ou uma pergunta e termina com um produto provisório capaz de dar origem a novas interrogações” (p. 26).

Quando o pesquisador sai do campo, ele consegue fazer a análise dos dados na sua totalidade. Segundo Patrício (1995; 1996; 1999), esse processo é identificado como Análise-Reflexão-Síntese:

a técnica de análise preconizada no método do Referencial Holístico-Ecológico contempla a não – linearidade, até a possibilidade do caos, no início do exercício de análise. Integra a leitura intuitiva e a analítica dos dados, pois é essa que dá conta de melhor atender os pressupostos dos novos paradigmas (PATRÍCIO, 1996, p. 87).

Portanto, a análise, nesse método, “utiliza a intuição reflexiva e criativa. Através desse movimento, busca-se identificar categorias e temas, mas tendo como base o olhar sintético e construtivo das teorizações que emergem, ou que se explicitam, que se fundamentam através da leitura de análise-reflexão-síntese da interligação de todos os dados” (PATRÍCIO, 1999, p. 72).

Ainda, para a autora, o processo de análise “É aquele que fragmenta o conteúdo dos dados, que dissectiona em pedacinhos, que vasculha seus detalhes como se quisesse chegar ao átomo da expressão do sujeito através da razão” (PATRÍCIO, 1996, p. 88). Por outro lado, o processo de síntese “é aquele que une, que integra num todo as diversas dimensões do conteúdo, do sujeito, com ou sem os recursos da categorização, inclusive com uso da **intuição**” (PATRÍCIO, 1996, p. 88 grifos da autora).

O resultado do processo de análise dos dados referentes às questões o que você **pensa-sente** e às fases do atendimento – **antes, durante e depois** do **processo de trabalho** com a **criança queimada** – foi organizado no Quadro 5.

QUADRO 5 – MÉTODO–HOLÍSTICO–ECOLÓGICO

Fases do Atendimento	Pensa	Sente	Análise
Antes			
Durante			
Depois			

FONTE: Patrício (1995).

Posteriormente, os dados desse quadro e as demais categorias foram submetidos ao processo de **Análise-Reflexão-Síntese**, o qual, segundo o método de Patrício, não se desenvolve de forma dissociada. É um processo que ocorre de forma inter-relacionada e interdependente. Assim, o processo Análise-Síntese é intermediado pela Reflexão do Pesquisador sobre os dados com o objetivo de compreendê-los, pois

refletir é o ato de retomar, re-considerar os dados disponíveis, revisar, [...], examinar detidamente, [...] se colocar sem censuras aberto para o mundo, para as mensagens, para outras verdades, outros sentimentos, outros eventos.

[...] Esse **processo de compreender** a realidade da vida, fundamentado na reflexão a partir da análise e da síntese substanciado pela crítica. Criticar é não aceitar as verdades como eternas, absolutas. Repensar os dados, os eventos é buscar outros caminhos, outros recursos, outras fontes. É colocar valor nos sentimentos. Essa postura caracteriza o processo como **ético e estético**, pelo que merece o conteúdo do evento em questão (PATRÍCIO, 1996, p. 88-89, grifos da autora).

O processo de **Análise-Reflexão-Síntese** é um movimento de ir e vir em que se busca apreender os conteúdos e significados dos dados e sua conexão com os objetivos do estudo. É nesse momento que pode surgir uma necessidade ou não de complementação e/ou de validação de informações junto aos sujeitos. Portanto, isso reafirma a importância de que a análise aconteça paralela à coleta dos dados, pois é nesse processo de ir e vir que ocorre a flexibilidade prescrita no referencial, que se dá a compreensão da realidade. A reflexão está presente durante todo o processo de observação, mas esse processo se torna mais evidente nesta fase.

Essa etapa, conforme preconizado por Patrício (1996), dentro dos rigores éticos do referencial Holístico-Ecológico, é também o momento de devolução dos dados aos sujeitos. Vale ressaltar aqui que todos os sujeitos deste estudo foram convidados para a defesa pública desta tese.

Após a defesa pública, este estudo será apresentado aos sujeitos em reuniões específicas para tal. Em função dos diferentes turnos de trabalho, e das características e composição da equipe de saúde da unidade em estudo, a apresentação final deverá ser feita em grupos, tantos quantos forem necessários,

nos períodos diurno e noturno. Os grupos deverão se encontrar em um espaço que permita uma confraternização, para que se possa demonstrar afetivamente a importância da participação do grupo em trabalhos dessa natureza, ou seja, com o objetivo de que, com base neste estudo, esses trabalhadores possam vir a ter melhoria da sua qualidade de vida no seu trabalho.

Será também um momento de gratidão aos trabalhadores e de demonstrar aos sujeitos que as interações ocorridas entre eles e a pesquisadora durante esse período foram momentos de troca de energia, de emoções, de carinho, de afeto, de abraços carinhosos que criaram laços afetivos, de amizade.

5 COTIDIANO DO ATENDIMENTO À CRIANÇA QUEIMADA: UM PROCESSO DE TRABALHO-CONVIVÊNCIA CONSTANTE

A vida humana tem sido um movimento constante de busca de satisfação de necessidades de ser, ter, fazer e estar, baseado em culturas e sentimentos variados de desejos, paixões, ódio, amor... Essa busca, enquanto processo e produto, tem se traduzido em momentos que expressam felicidade e prazer, infelicidade e desprazer. É a eterna busca de viver prazer e felicidade. Essa busca, enquanto processo humano, é mediada por interações compostas por energias, expressões de componentes culturais (crenças, valores, conhecimentos, normas, práticas) e sentimentais e também por componentes próprios da natureza não cultural.

Zuleica Maria Patrício (1995)

Este capítulo descreve a dinâmica **satisfação–sofrimento dos trabalhadores** no seu **processo de trabalho** por meio das categorias identificadas no processo de análise dos dados, a saber: a equipe de saúde da Unidade de Queimados; o processo de trabalho da equipe de saúde na Unidade de Queimados (uma dinâmica constante de cuidados à criança); a passagem de plantão; os cuidados de rotina com a criança queimada (uma convivência entre a equipe, a criança e os familiares durante 24 horas por dia); reuniões entre trabalhadores e familiares da criança queimada; a satisfação e o sofrimento da equipe de saúde no atendimento à criança queimada; a satisfação e o sofrimento de cuidar da criança queimada; a satisfação e o sofrimento nas interações com familiares da criança no cotidiano da equipe; a satisfação e o sofrimento da equipe de saúde nas suas interações de trabalho.

5.1 A Equipe de Saúde da Unidade de Queimados

Equipe de Saúde, como já definido, representa os trabalhadores da Unidade de Queimados que prestam **atendimento direto** às crianças nas 24 horas diárias, ou seja, enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos e médicos residentes, bem como aqueles trabalhadores que prestam **atendimento**

à criança queimada mas não fazem parte da Unidade exclusivamente, que são os profissionais das áreas de fisioterapia, psicologia, nutrição, pedagogia e serviço social.

Nas informações coletadas sobre as características dos trabalhadores sujeitos do estudo, dentre os 18 (dezoito) trabalhadores entrevistados, 10 (dez) são da área de enfermagem. Desses trabalhadores da área de enfermagem, apenas 2 (dois) têm menos de 10 (dez) anos de trabalho na Unidade. Os dados mostram ainda que o trabalhador com maior tempo de permanência na unidade tem 18 (dezoito) anos de atividades na Unidade, e que 5 (cinco) trabalhadores têm outras atividades profissionais fora da Unidade de Queimados.

Quanto à formação específica para atendimento de crianças queimadas, com exceção da equipe médica, os demais trabalhadores, sejam do atendimento direto, sejam do indireto, fizeram sua formação por meio de cursos de capacitação e congressos promovidos pela própria Unidade de Queimados. Isso significa que nenhum desses trabalhadores possuía formação específica para atendimento a crianças vítimas de queimaduras anteriormente ao seu ingresso na Unidade, com exceção dos médicos-cirurgiões.

As formas de ingresso dos trabalhadores nesse setor são muito variadas. Forma de ingresso, neste estudo, significa a maneira como o trabalhador passou a integrar a equipe de saúde da Unidade de Queimados, como ele começou seu processo de trabalho na Unidade, e não o seu ingresso no Hospital ou no Serviço Público Estadual de Saúde.

Os trabalhadores de enfermagem têm dedicação exclusiva à Unidade de Queimados, enquanto aqueles das áreas de fisioterapia, psicologia, serviço social, medicina, pedagogia e nutrição desenvolvem suas atividades em todo o Hospital.

Andorinha trabalha há 9 (nove) anos no Hospital, e está na equipe de saúde da Unidade, no período diurno, há 4 (quatro) anos e 6 (seis) meses.

Na época eles estavam contratando na Secretaria da Saúde, e eu estava atrás de emprego. Fui lá, e daí arrumaram aqui e no Regional no mesmo dia para mim, eu escolhi aqui. Cheguei aqui e a enfermeira-chefe disse que estava precisando gente aqui no queimados. Como eu estava precisando de emprego, a gente não tem que escolher e vim direto pra cá (Andorinha).

Beija-Flor recebeu a notícia de que estava na escala de queimados após uma licença de saúde, sem que tivesse sido consultada. Não conhecia o trabalho com queimados e lutou para não permanecer na Unidade, cedendo depois aos apelos da chefia. No início teve grandes dificuldades, mas à medida que os pacientes chegavam e enfrentava cada situação, ela começou a perder o receio de atender-cuidar daquela clientela. Trabalha no hospital há 14 (quatorze) anos, no período diurno, e há 12 (doze) anos integra a equipe da Unidade de Queimados

Quando vim para a Unidade, pensei: eu não vou ter condições de enfrentar, mas tive que enfrentar, eu desmaiei no quarto porque não resisti, o lado emocional foi muito forte. Eu já estava trabalhando há uns quinze dias, eu não conseguia... Eu entrava, só via os sinais vitais, mas na época nós tínhamos muitos pacientes grandes queimados e eu estava muito debilitada, estava vindo de um tratamento de saúde. Daí fui à chefia, ela disse: fique mais um tempo que você vai costumar. Numa tarde estávamos eu e ela sozinhas, e chegou um grande queimado, um carro pegou fogo e a criança chegou toda torrada. Ela disse: vais ter que enfrenta. eu entrei em pânico, ai meu Deus, o que vai ser de mim? Ela disse: prepare o quarto, nós vamos ter que enfrentar. Ai meu Deus, me dá força, vou ter que enfrentar. Entrei no quarto, colocamos o paciente na banheira, demos o banho, fizemos o curativo, a criança teve uma parada cardíaca, foi para a UTI, ficou dois dias e veio para o quarto. Depois vieram outros pacientes e foi indo... (Beija-Flor).

Bem-Te-Vi trabalhou em outras unidades, conhecia o trabalho com queimados e, quando prestava cuidado na Unidade de Isolamento, a Unidade de Queimados foi reformada, sendo os seus pacientes internados naquela unidade. Está há 20 (vinte) anos no Hospital, dos quais 13 (treze) anos na Unidade de Queimados, onde desenvolve suas atividades no período diurno.

Eu trabalhava na Unidade de Isolamento, estava recém-formada. Como a Unidade de Queimados estava em reforma, então estava lá na Unidade A. Era assim, não tinha enfermeira da Unidade, então a enfermeira-chefe geral na época falou que a unidade de queimados ia descer para o isolamento. Aí assim eu comecei a trabalhar com queimados, mas antes disso eu tinha experiência de plantão de final de semana que a gente dava algum atendimento, mas nada maior com queimados. Quando a Unidade ficou pronta aqui, veio uma enfermeira atender queimados, mas em virtude de alguns enfermeiros do hospital pedirem demissão ela foi remanejada do queimados para a Unidade A, e eu voltei para a unidade nova (Bem-Te-Vi).

Gavião Selvagem trabalha durante o dia, está há 24 (vinte e quatro) anos e meio no hospital, e foi convidado a fazer parte da equipe da Unidade de

Queimados, onde trabalha há 12 (doze) anos. Também veio para a Unidade sem conhecer o tratamento de queimados.

Eu trabalhei a vida toda em unidade aberta, trabalhei no hospital todo praticamente. Eu trabalhava antes de vir para cá na Unidade C, eu sempre digo assim, a Unidade C foi a minha mãe de criação, foi ali que eu dei meus primeiros passos para a enfermagem. E a unidade C antigamente era mista, abrangia as patologias da clínica médica, pneumologia, gastroenterologia, cardiologia e nefrologia, então era uma unidade bastante complexa. Eu fiquei lá por um bom tempo e vim para cá porque tinha uma colega que saiu e eu fui convidado para vir trabalhar na Unidade de Queimados e até hoje estou aqui (Gavião Selvagem).

Mesmo sem conhecer o tratamento de queimados, Lua ingressou há 4 (quatro) anos na equipe de saúde dessa unidade. Trabalha no turno diurno e é funcionária do hospital há 11 (onze) anos. Ele ingressou na Unidade de uma forma menos traumática, mas também foi designada sem consulta. Iniciou seu trabalho e, à medida que trabalhava, foi tendo maior interesse

Foi assim, quando eu comecei no Hospital, eu trabalhei na UTI, na Unidade D, onde fiquei uns quatro meses, depois fui trabalhar na interna e depois eu descobri que meu nome estava aqui (risos) e eu vim pra cá. Depois eu vi como tem criança queimada e como existem queimaduras graves e daí eu fui querendo saber mais e mais e estou aqui até hoje (Lua).

Iza é funcionária do hospital há 12 (doze) anos. Percebendo que tinha perfil para o cuidado de crianças queimadas, pediu para desenvolver suas atividades naquela unidade, onde trabalha há 7 (sete) anos.

Eu pedi pra vir trabalhar aqui, tem pessoas que são indicadas para trabalhar em um lugar, por exemplo, eu sirvo para trabalhar com esse tipo de pessoa. Eu me sinto bem preparada na função, o queimados é a minha profissão, eu me sinto bem. A minha profissão é de atender criança queimada (Iza).

Jabuticaba ingressou na Unidade em seguida à sua aprovação em concurso público. Está há 10 (dez) anos no Hospital, e na Unidade de Queimados trabalha no período noturno. Quando veio para a Unidade não conhecia o trabalho com queimados.

Fiz concurso da Secretaria de Saúde, vim para cá, eles me colocaram na UTI neonatal, só que quando eu cheguei lá eu me deparei com aquelas crianças prematuras, em incubadoras, aí eu pensei, ai meu Deus, será que vou me adaptar

com esses bebezinhos? Eu também sou parteira há 22 anos. Aí na época eu disse para a enfermeira que eu não ia conseguir trabalhar com bebês miniaturas, com aqueles tubos, eu estava acostumada a trabalhar com bebês saudáveis. Fiquei ali dois meses e não consegui me adaptar lá. Aí a enfermeira me mandou para a Unidade de Queimados, eu vim e nessa unidade me adaptei bem. Comecei no período diurno, fiquei dois meses, depois vim para o noturno e gosto daqui (Jabuticaba).

Margarida foi surpreendida quando, no retorno de suas férias, seu nome estava na escala da Unidade de Queimados. Na época não sabia nada sobre tratamento de queimados, mas já está na Unidade há 2 (dois) anos e 8 (oito) meses e desenvolve seu trabalho no período noturno.

Quando voltei de férias as enfermeiras disseram que eu ia para o queimados, eu disse que não queria vir. Perguntaram: por quê? Eu disse: aquele cheiro me dá dor de cabeça e elas disseram que não tinha mais aquele cheiro de queimado, e que as crianças mais graves vão fazer banho e curativo no Centro Cirúrgico, daí eu aceitei. Eles recebem bem a gente aqui, explicam tudo (Margarida).

Orquídea conheceu o trabalho com queimados antes de vir para a equipe, quando prestava cuidado na Unidade de Isolamento, na época em que a Unidade de Queimados foi reformada e transferida para lá. Faz parte do quadro de trabalhadores do hospital há 14 (quatorze) anos e da Unidade de Queimados há 10 (dez) anos. Desenvolve suas atividades no período noturno.

Eu vinha cobrir falta de funcionários aqui, eu sempre estava aqui, claro que, quando eu vim trabalhar aqui, tive que adquirir um conhecimento melhor. No início tive dificuldades comigo mesma, eu me sentia mal nos banhos, não conseguia pegar um queimado, um grande queimado e dar um banho, coisa que o pessoal mais antigo costuma fazer (Orquídea).

Peito de Ferro trabalhava em outro hospital, na UTI e com queimados, mas veio para trabalhar neste hospital como funcionário da limpeza. Posteriormente, fez curso de técnico em enfermagem e foi convidado para trabalhar na Unidade. Está há 22 (vinte e dois) anos no hospital, e há 18 (dezoito) anos na unidade, sendo o funcionário mais antigo ali. Desenvolve seu trabalho no período noturno.

Quando entrei no Hospital, entrei como serviçal, trabalhava na limpeza. Como eles me conheciam, e eu já trabalhava também na UTI de outro hospital, trabalhava com pacientes queimados lá também, eu recebi um convite da enfermeira para trabalhar na Unidade de Queimados. Nessa época, eu já tinha feito o curso de técnico em enfermagem, então graças a Deus estou aqui até hoje sendo o funcionário mais velho do setor e com muito orgulho! Gosto de trabalhar no queimados. Adoro trabalhar aqui (Peito de Ferro).

Rosa pediu para trabalhar na Unidade. Está no hospital há 1 (um) ano e 8 (oito) meses, e integra a equipe da Unidade de Queimados há oito meses, desenvolvendo suas atividades no período diurno.

Eu pedi para vir para a Unidade. Eu nunca tinha visto um grande queimado. Hoje estou muito mais consciente das coisas. Eu também nunca tinha visto um queimado, daí a gente vê a realidade aqui na Unidade (Rosa).

O médico-chefe da Unidade, o médico residente, a psicóloga, a fisioterapeuta, a assistente social, a nutricionista e a pedagoga prestam atendimento em diversas unidades do Hospital, não tendo, portanto, dedicação exclusiva à Unidade de Queimados. A psicóloga é funcionária do Hospital há 16 (dezesesseis) anos. Já a nutricionista está ali há 17 (dezessete) anos, mas desenvolve atividades na Unidade há 10 (dez) anos. A pedagoga trabalha no Hospital há 24 (vinte e quatro) anos e na Unidade há 10 (dez), e antes de ser profissional da educação trabalhava como auxiliar de enfermagem. A enfermeira-chefe da Unidade trabalha no Hospital há 20 anos e exerce a função na Unidade de Queimados há 13 (treze) anos. O médico-chefe da Unidade trabalha há 25 (vinte e cinco) anos no Hospital e há 5 (cinco) anos na Unidade de Queimados. Dos 18 (dezoito) trabalhadores entrevistados, 14 (quatorze) são do sexo feminino, e 4 (quatro) do sexo masculino. De todos os participantes da pesquisa, 7 (sete) desenvolvem outras atividades profissionais fora da Unidade e 11 (onze) somente na Unidade de Queimados.

5.2 O Processo de Trabalho da Equipe de Saúde na Unidade de Queimados: uma dinâmica constante de cuidados à criança

Neste item, apresenta-se o processo de trabalho da equipe de saúde da unidade em estudo como uma dinâmica constante de cuidado à criança queimada, iniciando-se pela passagem de plantão.

5.2.1 A passagem de plantão

O plantão da Unidade é de 12 (doze) horas corridas, nos períodos diurno e noturno, sendo feito sempre por dois trabalhadores. E a passagem de plantão, o momento de troca da equipe de trabalho da Unidade, ocorre diariamente às 7 horas, para início do plantão diurno, e às 19 horas, para o plantão noturno.

Nesse momento acontece a troca de informações entre os trabalhadores que estão saindo do trabalho com aqueles que estão assumindo seu plantão. A equipe que está deixando o plantão passa informações sobre as intercorrências durante o seu plantão com as crianças, a família e com a própria equipe.

A gente chega às 7 horas, copia a prescrição da medicação para o livro de medicação, depois a gente vai ao centro de material pegar os materiais, na rouparia buscar as roupas, pega as mamadeiras dos bebês. Daí a gente começa, dá medicação, espera uma hora para iniciar o banho, arrumamos o material, levamos para o quarto e começamos o banho. Após o banho a gente vê os sinais vitais, faz as medicações e fica sempre monitorando as crianças, anotando as informações (Rosa).

Essas informações sobre a evolução da criança e ocorrências durante o plantão são registradas pela equipe no relatório ou registro de cuidados de enfermagem. A prescrição médica, digitada pelo médico no formulário de prescrição, é anexada ao prontuário do paciente que o acompanha desde a internação, juntamente com o formulário de internação que contém dados sobre a criança, a superfície corporal queimada, como e onde ocorreu a lesão, e qual o agente causador da queimadura.

Chego às 7 horas da manhã. Quando a enfermeira não está, eu tiro a medicação no livro, vejo os relatórios, vou ao centro de material, pego o material, preparo os banhos. Às 8 horas a gente dá o Dimorf, e espera de 40 minutos a uma hora para começar o banho (Andorinha).

Depois de receber o plantão, entro na rotina propriamente da Unidade, que é pedido de almoxarifado. Depois faço uma visitinha individual para cada paciente. Depois a gente entra nos procedimentos, que é o banho, participo de alguns banhos. Após o banho faço uma avaliação da queimadura em si, para ver a evolução da queimadura e atendimento aos pais (Bem-Te-Vi).

Quando a gente chega, recebe o plantão noturno, coloca o termômetro nas crianças para ver temperatura. Depois, vê a medicação, a gente vai ao quarto, conversa com a mãe, verifica como passaram o dia. Às vezes, elas estão chorando, a gente vai lá, acalma elas, conversa com elas, agrada as crianças (Margarida).

Eu trabalho no período noturno. A primeira coisa que se faz é dar boa noite aos colegas de trabalho, depois tirar as atividades, medicação, os cuidados de enfermagem, e antes do pessoal do dia sair é passado o plantão, às sete horas. É uma continuação do trabalho do dia, a gente continua fazendo a mesma coisa do dia, a medicação, sinais vitais, mamadeiras, trocar o paciente, trocar fraldas, essa é rotina da noite no queimados (Peito de Ferro).

A Equipe de Saúde que está de plantão acompanha a criança queimada durante as suas 12 (doze) horas de trabalho. Assim, a equipe se mantém em contato direto com as crianças durante as 24 (vinte e quatro) horas. Trata-se de uma unidade fechada, portanto específica para cuidado de rotina às crianças com queimaduras.

As manifestações da equipe de saúde sobre suas expectativas com relação ao trabalho de atendimento à criança queimada vão desde o interesse no aprendizado dos procedimentos – a aprender sobre a queimadura, a desenvolver habilidades, a ajudar as pessoas a conhecer o que é uma queimadura, a satisfazer a vontade de cuidar, a ajudar a criança queimada – até as expectativas de como se adaptar: “É bem diferente trabalhar em uma unidade com crianças que tenham pneumonia do que com crianças queimadas”, diz uma trabalhadora.

Para outros trabalhadores, a expectativa de trabalho com relação ao atendimento à criança queimada está na descoberta de novos métodos e procedimentos para melhoria do cuidado dispensado, na possibilidade de criação de uma unidade para atendimento de adultos, na prevenção e na educação da

sociedade para diminuir o número de vítimas queimadas, no sentido de responsabilizar essa sociedade por suas crianças.

*A sociedade como um todo falha no sentido de **prevenir**. As histórias poderiam ser diferentes, evoluir... A sociedade não progrediu no sentido **da prevenção**, da **educação** para os pais no sentido de **responsabilizar** um pouco mais o adulto que quer ter uma criança junto com ele. Isso me frustra, no sentido assim de que amanhã vai ter uma igual e a criança vai **estar sofrendo igual e a sociedade** vai continuar achando que é só mais um **queimado** (Flora).*

*A nossa expectativa é que se desenvolva algum tipo de mecanismo para diminuir o número de crianças queimadas porque nós não estamos dando conta do número de pacientes queimados que estão chegando. Por exemplo, tem uma fila de espera muito grande para pacientes com seqüelas que nós precisamos tratar, mas a gente não está conseguindo tratar esses pacientes porque todas as semanas chegam dois ou três grandes queimados. Portanto, a nossa expectativa é que a gente consiga sair fora do muro do hospital e fazer um trabalho de **prevenção para diminuir o número de crianças queimadas** (Leão).*

*Como nossa formação é cirurgia pediátrica, então para onde eu for eu sempre vou me deparar com **crianças queimadas**, é muito comum em crianças com baixa renda. É uma área desafiadora, tem muitas coisas novas, todo ano saem curativos novos, peles artificiais, tudo na tentativa de se **melhorar o atendimento à criança queimada** principalmente no Brasil, que os centros para atendimento de queimados são poucos. É uma área que tem campo para investir. Aqui, por exemplo, não tem uma unidade de queimados para atendimento de adultos, que o estado possa mandar pacientes (Pato).*

No período de 2002 a 2004, foram internadas na Unidade crianças de todas as faixas etárias, desde lactentes (29 dias a 2 anos), crianças pré-escolares (2 a 6 anos) e pacientes com idade de 10 a 12 anos (pré-púberes) até pacientes com 12 a 14 anos (púberes). No ano de 2002, foram internados na Unidade 91 (noventa e um) pacientes, em 2003 foram cerca de 120 (cento e vinte) e em 2004 aproximadamente 150 (cento e cinquenta), conforme relatos do médico-chefe da Unidade, totalizando 361 pacientes internados durante o período deste estudo.

Os causadores da queimadura são agentes inflamáveis, como a gasolina e o gás, dentre outros, e principalmente o álcool, que é o agente causador de 70% dos casos. Quanto aos agentes líquidos aquecidos encontram-se água (49%), óleo de cozinha, café, alimentos, dentre outros. Em relação ao ambiente intradomiciliar, o percentual maior (57%) é das queimaduras que ocorrem na cozinha e no extradomiciliar o percentual maior (53%) é das queimaduras que ocorrem na rua.

Sobre o grau da queimadura; 5% são de 1º grau, 70% de 2º grau, 20% de 3º grau e 5% indeterminado. Quanto à faixa etária, 30% são lactentes, 37% pré-escolares, 21% escolares, 6% pré-púberes e 6% púberes, conforme dados relatados pelo médico-chefe da Unidade de Queimados.

Descrevem-se, a seguir, **os cuidados de rotina** prestados pela equipe de saúde às crianças vítimas de queimaduras, ou seja, a convivência dessa equipe com as crianças e seus familiares.

5.2.2 Os cuidados de rotina com a criança queimada: uma convivência entre a criança, a equipe e os familiares durante vinte quatro horas por dia

A expressão “cuidados de rotina” faz parecer o atendimento simples; entretanto, qualquer atividade com a criança hospitalizada é um processo complexo. No Referencial Holístico-Ecológico, salienta Patrício (1996); “o profissional de saúde precisa conhecer e compreender a realidade em múltiplas facetas, outras dimensões, além da cultura expressa, outros motivadores” (p. 55). O profissional da saúde “precisa também compreender o jeito da pessoa ser e de estar no mundo”, suas vivências e suas interações com o mundo, “para ajudá-la a transcender o que lhe é oferecido, transmitido culturalmente” (PATRÍCIO, 1996, p. 55)

No processo de cuidar, a criança queimada recebe a primeira atenção na emergência, onde é inicialmente tratada, com o estabelecimento de uma adequada permeabilidade de vias aéreas e manutenção do volume intravascular. Nesse momento, é feita uma avaliação inicial do paciente, verificando-se também a extensão da queimadura, em conversa com a família ou acompanhante, qual o agente causador, em que circunstâncias e há quanto tempo ocorreu a queimadura. A criança que estiver em estado grave é imediatamente encaminhada para a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Já aquela cujo estado não é grave é encaminhada para a Unidade de Queimados, onde vai receber o tratamento específico para a queimadura.

Em determinado momento, a Unidade de Queimados enfrentou dificuldades estruturais, de espaço físico inadequado, e falta de profissionais que se dedicassem a esse cuidado. Entretanto, o **vínculo** criado entre um trabalhador da equipe saúde

e uma criança queimada internada na Unidade durante o seu dia trabalho, bem como a sua percepção dessas dificuldades, fizeram com que esse profissional se dedicasse ao tratamento dessas crianças, tanto no que diz respeito ao cuidado direto quanto ao indireto.

*Eu tive uma paciente, uma menina, que se queimou e iniciou o tratamento em outra cidade do estado e no meu dia de sobreaviso ela internou aqui no Hospital. Eu comecei a tratar daquela menina e **acabei criando um vínculo** com ela e vi as limitações que a Unidade de Queimados tinha na época. Nessa época eu fiz uma proposta para o serviço de cirurgia pediátrica de remodelar a Unidade de Queimados e que a partir daquela data eu seria responsável por todos os pacientes queimados que internassem... O queimado é um paciente que sempre acaba gerando algum **vínculo** (Leão).*

O processo de trabalho da equipe de saúde na Unidade de Queimados inicia-se com o atendimento, desde o momento em que os trabalhadores recebem a criança, planejam e organizam seu tratamento, até a alta dessa criança da Unidade. Assim, alguns procedimentos têm prioridades, sendo o primeiro deles preservar a vida da criança.

*Antes do atendimento, primeiro a gente pensa em tentar tratar a criança como paciente, **dar conforto, aliviar a dor**, tratar a doença, porque o grande queimado é uma doença sistêmica. Ele corre risco de morte, tem que **preservar a vida** da criança. Depois a gente vai se preocupando, durante a internação, à medida que a criança vai estabilizando, com a parte estética da queimadura, os curativos, enxertos (Pato).*

Ao chegar à Unidade a criança é colocada em isolamento, onde é iniciado seu tratamento específico. A criança fica em companhia do seu familiar ou responsável, que, para entrar na Unidade de Queimados, segue os mais rígidos padrões de antisepsia, como o uso de avental e gorro, além de cumprir com as demais normas da unidade.

O processo de cuidar da criança queimada envolve, inicialmente, a coleta de material para os exames de laboratório, de cultura de pele sadia e queimada, cultura essa que é repetida semanalmente após o banho. O banho é iniciado com clorohexedina (substância à base de cloro para antisepsia e balneoterapia). As bolhas, deixadas íntegras por um período de 48 horas, são debridadas delicadamente com uma gaze durante o banho.

O tratamento geral da criança queimada requer uma série de medidas terapêuticas e preventivas como adequado suporte nutricional, controle de infecção, enxertias e debridamentos precoces e minimização de seqüelas. Debridamentos e enxertias são procedimentos cirúrgicos que têm reduzido a colonização bacteriana das lesões. Limitam a perda de fluidos e proteínas, diminuem a dor, possibilitam uma melhor epitelização das lesões que os agentes antimicrobianos tópicos e reduzem o tempo de internação hospitalar.

Após 72 horas da queimadura, é iniciado o uso de sulfadiazina de prata 1% (substância à base de sulfa e prata para eliminação da flora bacteriana da pele) nas áreas queimadas, exceto na face, onde é utilizada pomada debridante. Nas áreas secas é utilizado óleo hidratante. A clorhexedina e a sulfadiazina de prata 1% são dois potentes agentes bactericidas.

Crianças com queimaduras acima de 20% da superfície corporal são consideradas grandes queimados, requerendo banhos diários e curativos sob analgesia, feitos pelos médicos no Centro Cirúrgico (CC).

As que necessitam fazer debridamentos e enxertias permanecem em jejum, até o momento de serem encaminhadas ao CC por um trabalhador da equipe, juntamente com um familiar. O acompanhante normalmente aguarda na sala de espera do CC pelo retorno da criança, que é novamente conduzida à Unidade pelo trabalhador da equipe que a trouxe.

O trabalhador, ao chegar à Unidade às 7 horas para o plantão diurno e receber seu plantão do turno da noite, verifica os registros de cuidados de enfermagem feitos durante a noite e copia as prescrições médicas que foram digitadas pelo médico. Ele faz a cópia do prontuário do paciente para o livro de medicação onde também registrará os demais procedimentos referentes à medicação durante o seu plantão. Faz a medicação na criança, para amenizar a dor uma hora antes do banho, e verifica sinais vitais. No início da manhã os médicos fazem, junto com a enfermagem, a avaliação das crianças, durante ou depois do banho, conforme a necessidade da cada paciente.

Durante todo o plantão, há um clima de conversas e brincadeiras com as crianças e com as mães. No horário de almoço, o alimento para as crianças, de acordo com a idade, é dado pelos acompanhantes; caso a criança esteja sozinha é a equipe que a alimenta.

Conforme as condições clínicas das crianças, como nos casos de grandes queimaduras, algumas recebem o suporte nutricional por sonda naso-enteral⁴. Durante as refeições dos acompanhantes a enfermagem cuida das crianças. No período da tarde, todos recebem lanche e o jantar é servido ainda no plantão diurno, às 17 horas.

A gente chega às 7 horas, copia a prescrição médica para o livro de medicação, depois a gente vai ao centro de material pegar os materiais, na rouparia buscar as roupas, pegar as mamadeiras dos bebês. Daí a gente começa, dá medicação, espera uma hora para iniciar o banho, arrumamos o material, levamos para o quarto e damos o banho. Após o banho, a gente vê os sinais vitais, faz as medicações e fica sempre monitorando as crianças e fazendo as anotações de cuidados de enfermagem no relatório do plantão (Rosa).

A balneoterapia é um momento particularmente importante no processo de cuidados diários, em que a criança queimada é submetida ao banho e logo após aos curativos para a desinfecção da ferida. Esse procedimento é feito sob medicação para aliviar a dor, com Dimorf (medicamento à base de morfina). A balneoterapia é realizada diariamente na Unidade pela equipe de plantão, que retira tecidos necrosados ou desvitalizados e secreção purulenta. Esse método de tratamento faz com que a maioria das crianças não necessite de debridamentos ou enxertia, que é um processo traumático e doloroso para a criança e para a equipe de saúde.

Esse é um momento de muita tensão: as crianças choram, gritam, mordem, beliscam; as mães ficam muito ansiosas, algumas choram, outras reclamam dos procedimentos, pois os consideram agressivos. A equipe tem formas diferentes de enfrentar essa hora: cantam, fazem carinho nas crianças, conversam e explicam para o familiar e para a criança da necessidade de fazer esse tipo de banho; alguns trabalhadores também choram. É um momento de muito desgaste emocional e físico. Nesse momento, o médico e a enfermagem avaliam a evolução da queimadura, e após o banho também é feita a higiene bucal das crianças.

Durante o dia, a enfermeira-chefe da Unidade acompanha o plantão. À noite, uma enfermeira que presta o atendimento a várias unidades do Hospital acompanha

⁴ Sonda para suporte nutricional.

os banhos, avalia a evolução da queimadura, orienta a equipe e as mães conforme as necessidades, faz a solicitação de material para a Unidade ao almoxarifado, realiza reuniões com os familiares.

O processo de cuidados do período noturno tem algumas características que diferem do período diurno. Inicia-se às 19 horas, quando os procedimentos de rotina de passagem de plantão se repetem. Porém, à noite não são feitos banhos e curativos diários, a não ser em casos de internamentos de emergência. Em torno das 20 horas, as crianças recebem lanches e os lactentes, as mamadeiras. A equipe monitora as crianças durante toda a noite, verifica sinais vitais, faz medicação, e realiza higiene nas crianças, quando necessário.

*Na madrugada, a gente vê os **sinais vitais**, faz os relatórios, **pergunta às mães se a criança urinou e evacuou** durante a noite para fechar os **relatórios**. Quando **interna** uma criança à **noite**, a gente também **conversa com a mãe, explica a rotina** dos queimados, como é aqui dentro. Dá o remédio, **conversa com a criança** quando é maiorzinha. Se for bebê, a gente explica para a mãe. (Margarida).*

O Serviço Social orienta os familiares e acompanhantes quanto às necessidades de transporte e alimentação, fazendo inclusive os encaminhamentos para outros municípios, já que, por exemplo, todos os pacientes de fora, de outro município, precisam ter um vínculo com a Secretaria de Saúde para garantir o atendimento de saúde deles fora da área de atendimento. Garantir tratamento em outro município requer esse vínculo e, mesmo que não se queira usar o transporte da saúde, isso é necessário para viabilizar exames de alto custo.

A Unidade encaminha a família, os acompanhantes, ao Serviço Social, para pegar o **cartão de alimentação** e fazer uso do refeitório. Além disso, solicita um lugar para pernoite, quando há necessidade de mais de um acompanhante para a criança. Nesse sentido, o Hospital mantém uma casa de apoio, criada por voluntárias, e inclusive é responsável pela remuneração dos funcionários dessa casa.

Se a criança tiver alta da Unidade e a equipe não estiver segura de como vai ser o seu tratamento no domicílio, o Serviço Social solicita ao Conselho Tutelar⁵ que acompanhe e disponibilize equipes de saúde das unidades locais de saúde para

⁵ Esse acompanhamento das crianças pelo Conselho Tutelar, na Saúde Pública tem apoio no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual garante os direitos da criança e do adolescente.

visitar a família. Existem casos de abandono do tratamento que o serviço social encaminha à Promotoria da Infância e Juventude, para que sejam tomadas providências, no sentido de garantir o tratamento da criança. Diante de toda e qualquer suspeita ou indicação de negligência, de abandono de tratamento ou maus tratos, é feito contato com os conselhos pelo Serviço Social do Hospital.

O Hospital mantém também um Serviço de Pedagogia com professoras que orientam as crianças em uma escola, dentro da própria instituição. A maioria das crianças queimadas não pode sair do leito, motivo pelo qual é trazido o material da escola de origem, e uma professora acompanha e orienta a criança, devolvendo os seus trabalhos para a escola com os relatórios das atividades das crianças. Desse modo, a criança não perde o ano letivo, a não ser em casos graves. Para crianças que não estão em idade escolar, são realizadas atividades lúdicas, para que ajudem no seu desenvolvimento, além de serem atividades ocupacionais.

Os cuidados de rotina dos médicos no cuidado às crianças queimadas começam todas as segundas-feiras às 7 horas e 30 minutos, com uma reunião da equipe multiprofissional, coordenada pelo médico-chefe responsável pela unidade, quando é feito o planejamento da semana. Esse planejamento inclui decisões sobre quais doentes vão ser operados, quais vão ter alta, quais vão fazer fisioterapia, bem como todas as questões administrativas da Unidade, ou tudo que diz respeito às crianças, à equipe e aos familiares. Após essa reunião, têm início as cirurgias de pacientes queimados, daqueles de fase aguda que precisam excisar (remover o tecido queimado) e dos que necessitam enxerto de pele. Se não houver nenhum paciente queimado de fase aguda, é chamado um paciente que estiver na lista de espera de seqüelas. Essas cirurgias, normalmente, vão até o meio-dia, e à tarde é feito atendimento no ambulatório de queimados, onde são atendidos os pacientes queimados que não precisam ser internados e os pacientes com retornos para curativos, ou seja, crianças que já tiveram alta da Unidade. Durante a semana é feito o acompanhamento das crianças, com visitas diárias do médico-chefe da Unidade de Queimados e do médico residente responsável pela Unidade, momento em que são discutidos os processos de evolução clínica de cada criança, as relações da equipe com os familiares, enfim, as questões que se fizerem necessárias. Na sexta-feira, fazem-se cirurgias em pacientes de fase aguda ou enxerto de pele, ou em quem estiver na lista de pacientes com seqüelas funcionais

(que são as seqüelas da queimadura, que limitam os movimentos da criança e causam deformidades) e/ou cicatrizes hipertróficas (cicatrizes que ficam elevadas acima do nível da pele).

Dos médicos residentes, um é responsável pela Unidade de Queimados, acompanhando os pacientes diariamente, oportunidade em que faz as prescrições, verifica a evolução de cada criança e orienta as mães, no que for necessário.

Características importantes dos trabalhadores no cuidado à criança nessa unidade são a paciência e a responsabilidade para com o trabalho na busca do melhor atendimento para a criança, além da preocupação em manter um ambiente agradável e equilibrado às crianças e aos familiares.

*Mesmo que ela tenha medo que tu vais mexer, não vais machucar, tu vais colocar a criança na banheira, vais fazer o curativo dela com carinho para que ela tenha segurança, e te conhecendo ela **tenha confiança** em ti. Então, tu consegues **fazer um trabalho melhor** (Beija-Flor).*

A fisioterapia das crianças é realizada diariamente e, dependendo das condições clínicas de cada uma, também é um momento que exige do fisioterapeuta, além da competência técnica, muita habilidade, paciência e dedicação, pois a criança está sensível pelos curativos e banhos, e os movimentos necessários de fisioterapia podem ser doloridos. Para as crianças que podem sair do leito, a fisioterapia é feita em uma sala especial, com brinquedos e equipamentos adequados para essa finalidade. A fisioterapia é fundamental para a recuperação da criança queimada, para amenizar seqüelas funcionais.

O tempo de permanência da criança no Hospital pode ser muito longo. Há crianças que ficam internadas até seis meses ou mais, dependendo da extensão e da profundidade da queimadura. Esse tempo depende também do grau da queimadura, da capacidade de epitelização e da evolução do processo de recuperação, sendo todos esses fatores individuais a cada criança.

As crianças, quando têm alta da Unidade, retornam ao Hospital para fazer os curativos e/ou as cirurgias que necessitarem, e para a colocação de malhas de compressão que, a partir desse momento, são usadas para melhorar a qualidade da cicatrização da pele e para redução de cicatrizes hipertróficas. Esse processo de retornos ao Hospital, de uso da malha, pode durar períodos longos, de dois, três,

cinco anos, ou mais, enfim, quanto tempo for necessário para a realização de todos os procedimentos até a recuperação das crianças. A queimadura infantil requer assistência durante toda a fase de crescimento da criança, motivo pelo qual esse longo processo mantém a equipe, a criança e a família em contato por muito tempo. A colocação das malhas e os curativos, após a alta, é feita no ambulatório, pela enfermeira-chefe da Unidade, junto com o cirurgião. O uso da malha é fundamental no processo de cicatrização, e exige muita habilidade, paciência e carinho da enfermeira para fazer com que a criança aceite usá-la. Como esse uso é constante, em casa cabe à família seguir as orientações para isso. Em todo o caso, a criança é acompanhada pela enfermeira e pelo médico quanto ao uso da malha a cada retorno, e quando necessário a família é chamada ao Hospital para ser orientada sobre a obrigatoriedade do uso. Alguns casos de negligência são encaminhados para o Conselho Tutelar, de forma que todos os mecanismos possíveis são utilizados pela equipe de saúde para que a criança vítima de queimaduras receba todos os procedimentos terapêuticos necessários à sua melhor recuperação.

As crianças que necessitam cirurgias são internadas na Unidade de Queimados, conforme orientação do cirurgião. Portanto, na Unidade a equipe trabalha com crianças com queimaduras recentes e também com crianças em fase de tratamento cirúrgico.

O cuidado referente à nutrição é feito diariamente pela nutricionista que, em conjunto com a mãe, a criança e a equipe, verifica os tipos de alimentos conforme a dieta prescrita e aquilo que a criança prefere, possibilitando assim uma nutrição saudável e adequada, porém prazerosa para a criança.

O processo de cuidar das crianças internadas na Unidade de Queimados envolve diversas situações que requerem cuidados constantes, diretos e indiretos, nas 24 horas diárias. A seguir, apresentam-se exemplos de algumas dessas situações.

Situação 1: durante seu processo de trabalho, alguns trabalhadores fazem comentários espontâneos sobre o processo de cuidado às crianças. Um deles demonstrou sua preocupação com as queimaduras de que as crianças são vítimas. Ele considera que a maioria desses sofrimentos poderia ter sido evitada se as crianças fossem bem cuidadas em suas casas. Enquanto faz um atendimento, esse

trabalhador comenta sobre o tempo prolongado de jejum a que as crianças são submetidas, antes dos banhos e curativos no Centro Cirúrgico; isso o deixa angustiado e causa conflito entre a equipe e as mães.

Situação 2: em um outro dia de observação e entrevista com outros participantes, há tensão, quando há espera de novos pacientes. A espera de uma criança lactente, com 50% de Superfície Corporal Queimada (SCQ), deixa a equipe ansiosa e tensa, pois pela extensão da queimadura e pela informação do setor de internação, já tomaram conhecimento da gravidade da saúde da criança. No dia seguinte essa criança, com 1 (um) ano e 8 (oito) meses, já internada, não está bem. A equipe toda está dispensando maior atenção a ela. Estão visivelmente tensos, nervosos, preocupados e ansiosos.

Situação 3: à noite, em outro turno de observação e entrevista, uma criança está com hemorragia digestiva. A equipe chama o médico e o laboratório para coleta de sangue. Os trabalhadores agem com calma, carinhosos e equilibrados, mas estão tensos com a gravidade do quadro clínico da criança. Uma das trabalhadoras comenta: *“Ele está aqui há dois meses! Mas ele vai sair dessa, rezo muito por isso”*.

Situação 4: inicia um novo o plantão. Uma das trabalhadoras começa o seu processo de trabalho, conversa com as mães e as crianças, faz a medicação, para aliviar a dor, antes dos banhos das crianças. Apanha roupas, prepara e inicia os banhos, as crianças choram, ela canta, brinca, faz curativos com muita paciência e carinho. Vai atender um menino que a chama e também reclama do tempo prolongado de jejum a que são submetidas às crianças, à espera dos banhos e curativos no Centro Cirúrgico. A enfermagem avalia a evolução das queimaduras; o médico é chamado para avaliar uma criança. Mais tarde, as trabalhadoras recebem o almoço das crianças, separado de acordo com a faixa etária e as necessidades nutricionais de cada uma. Após as refeições das crianças, as mães saem para fazer suas refeições e as crianças choram com essa ausência, mas as trabalhadoras brincam com elas. No período da tarde, a professora orienta algumas crianças em idade escolar.

Situação 5: são 19 horas. Uma trabalhadora chega ao trabalho, recebe o plantão diurno e inicia o seu plantão da noite. Cumprimenta e conversa com as

mães e as crianças, faz carinho nas crianças. Revisa medicação. As mães saem da Unidade para jantar no refeitório do hospital e, nesse momento na Unidade, todos os dias, as crianças choram com a ausência da mãe ou familiar acompanhante (quando há casos graves, fica bastante difícil para a equipe dar atenção a todas as crianças). Há dificuldades com a mãe e o pai de uma criança em condições clínicas graves que está internada por muito tempo, há 65 dias. A trabalhadora faz um comentário sobre as interações da família com a equipe: *“Às vezes temos dificuldades com a família. São costumes diferentes, eles estão tensos, ficam aqui 24 horas junto com a gente, neste espaço pequeno”*.

Situação 6: em mais uma noite de trabalho, uma trabalhadora recebe o plantão, conversa com as mães e com as crianças, conforta uma mãe que chora. Verifica a prescrição médica para a noite. Em torno das 20 horas há lanches para as crianças em idade escolar e mamadeiras para os lactentes. Nessa noite ocorre uma internação, cujo procedimento inicial é banho, medicação e curativos. A trabalhadora comenta: *“Hoje tem um banho de paciente novo, fico muito triste”*. Diz ela: *“Mais um queimado”, “mais uma família sofrendo”*. Começa a fazer os registros do seu plantão no relatório de cuidados de enfermagem e diz espontaneamente: *“O bebê com queimaduras graves me deixa mais triste ainda”*.

Situação 7: mais um dia de trabalho na Unidade. A fisioterapeuta presta seu cuidado às crianças com muita paciência e carinho. As crianças choram, as mães reclamam. A fisioterapeuta conversa e orienta as mães e as crianças durante o seu cuidado. Conversa também, em outro quarto, com um menino internado para correção de seqüelas funcionais. É um menino que foi submetido à primeira cirurgia com enxerto de matriz dérmica, em 13 de junho de 2002. Essa foi a terceira cirurgia feita na Unidade com enxerto dessa matriz para recuperar funções dos membros superiores e inferiores.

Situação 8: o plantão diurno chega ao final e observa-se a troca de plantão. Um dos trabalhadores que assume o plantão conversa com os colegas, com as mães e com as crianças. Verifica a medicação. Inicia alguns procedimentos. Fica chateado com um telefonema, do setor de internação, avisando da chegada de paciente sem que houvesse tempo hábil para preparo do quarto: *“Isso não pode acontecer, um queimado necessita de quarto preparado com todas as condições de higiene e equipamentos. Não é assim, não posso deixar na maca esperando leito,*

queimado não é assim”, diz ele espontaneamente, sem que se perguntasse. O trabalhador se mantém calmo, atencioso, carinhoso e bem humorado no decorrer do seu plantão.

Situação 9: mais um dia de trabalho na unidade. Observa-se a enfermeira-chefe, que conversa com as crianças, as famílias e com a equipe, iniciando seu processo de cuidado do dia. Faz solicitação de materiais e medicação ao almoxarifado. Acompanha a balneoterapia, faz avaliação para verificar evolução da queimadura e, quando necessário, chama o médico para sua avaliação. Orienta as famílias. Já é horário das refeições das crianças, e logo após da família. A equipe se reveza para fazer suas refeições sem deixar a Unidade a descoberto. A enfermeira-chefe comenta a respeito das dificuldades com algumas famílias na compreensão da rotina e do tratamento necessário à criança e sobre o sofrimento da criança e da família. Fala também da importância da colaboração da família no tratamento da criança. A nutricionista chega à Unidade verificando como as crianças estão recebendo as dietas, como está a evolução da recuperação e quais as necessidades que surgiram. Conversa com as mães e com as crianças, e estas pedem alimentos de sua preferência.

O cuidado prestado à criança pela equipe de saúde da Unidade de queimados se caracteriza por uma intensa convivência das crianças, da família e dos trabalhadores, durante 24 horas por dia. Um momento considerado de muito sofrimento é o banho das crianças. Todos os trabalhadores têm conhecimento de que o banho é um procedimento essencial para a **recuperação da pele**, porém é um momento em que o trabalhador faz uma **ação** retirando a pele queimada, o que provoca dor, **sofrimento** e desconforto, tanto para ele como para a criança e a família. Entretanto, essa atitude vai proporcionar para a criança a recuperação da pele e para a equipe a possibilidade de sentir **satisfação** com essa recuperação. Segundo os trabalhadores, *“a gente sabe que tem que fazer porque é a única coisa que **resolve**, no caso de queimados, porque o que vai **melhorar a situação da criança queimada** é o **banho**”* (Orquídea), *“é o ter que fazer (Lua)”* para a recuperação da criança.

No item seguinte apresentam-se, de forma descritiva, os processos de interação entre os trabalhadores e os familiares das crianças internadas na Unidade de Queimados estudada.

5.2.3 Reuniões entre trabalhadores e familiares da criança queimada

As reuniões entre trabalhadores e familiares da criança queimada são consideradas “cuidados indiretos” à criança, e também um momento terapêutico e de aprendizagem para a equipe.

Durante um turno de observação, no período da tarde, acompanhou-se uma reunião com as mães (família), a enfermeira, a nutricionista e um psicólogo da Querubins⁶. A enfermeira conduz a reunião e as mães expõem suas dúvidas, angústias, seus sentimentos de culpa. Uma mãe chora muito, em função da culpa que sente pela queimadura do seu filho, que é ainda uma criança lactente. Os três profissionais falam sobre a culpa que a mãe sente e as outras mães fazem suas manifestações e trocas de experiências. Há uma angústia com relação às crianças que não estão aceitando a alimentação oral de forma satisfatória. Há dificuldades também com relação a horário de sono e alimentação de uma criança. A nutricionista propõe soluções sobre a possibilidade de incluir alimentos em outros horários, pois, segundo as normas do hospital, os alimentos não podem ficar armazenados na Unidade, onde não é permitido entrar com alimentos com casca. No final da reunião, as mães demonstram estar menos apreensivas.

Após a saída dos familiares da sala, a equipe faz uma avaliação do encontro. Essa avaliação, para a equipe, é também um momento de desabafar a angústia que foi acumulada durante o cuidado com a família. Depois dessa reunião, o psicólogo faz um atendimento individual a uma mãe que está em dificuldades com a situação do seu filho.

*Às vezes, nessas **reuniões** que a gente faz com **a família**, têm momentos que **a gente se emociona** também com o que as mães falam porque é um **sofrimento muito forte**. Mas o momento que a gente tem depois da reunião com a família, que a gente faz essa **reunião da equipe**, isso nos fortalece também, a gente sente que está no caminho certo, que é isso que a gente tem que dizer para as **famílias** e que nosso papel é esse, de estar apoiando, escutando e orientando (Mel).*

⁶ Querubins – anjos de proteção a crianças: Organização Não-Governamental (ONG) que mantém parceria com a Unidade de Queimados.

No período da tarde, a enfermeira faz com as famílias uma reunião na qual são realizados mais esclarecimentos sobre as condições de cada criança. Esse é também um momento de troca, de desabafo das famílias e de avaliação da equipe sobre o andamento do processo de cuidado com as crianças e a família.

*A gente faz uma **reunião semanal com pais** a respeito das dúvidas, a expectativa dos pais em relação ao tratamento da criança, orienta e esclarece alguns procedimentos (Bem-Te-Vi).*

Apresentam-se, a seguir, as situações de **satisfação e sofrimento** que emergem do processo de cuidado às crianças queimadas no ambiente hospitalar.

5.3 A Satisfação e o Sofrimento no Atendimento à Criança Queimada: percepções da Equipe de Saúde

No processo de cuidado às crianças queimadas no ambiente hospitalar, emergem situações da dinâmica **satisfação e sofrimento** nas interações com a criança, com a família e com a equipe.

As categorias encontradas com relação às situações de **satisfação** da equipe foram: **cuidando da criança** (nas interações com as crianças); **orientando a família** (nas interações com a família); e **organização do trabalho** (nas interações com a própria equipe). E no que se refere às situações de **sofrimento**, encontraram-se as seguintes categorias: **cenas que o trabalhador vê** e **cenas que ele ajuda a construir** (nas interações com as crianças); **o sofrimento da família** (nas interações com a família); e **organização do trabalho** (nas interações da própria equipe).

5.3.1 Entre a satisfação e o sofrimento de cuidar da criança queimada

A análise dos dados apontou como sentimentos geradores de **satisfação** para os trabalhadores as categorias mencionadas a seguir. Nas interações com as crianças – **cuidando da criança**: *amenizar-aliviar a dor; estimular a recuperação da criança; ver a criança recuperada; visitas das crianças após a alta; fazer o melhor pela criança; orientar e acompanhar a criança queimada; fazer o paciente sentir-se*

*bem dá sensação de tranquilidade; dedicação; preservar a vida; cuidar da criança queimada cria vínculo com o trabalhador. Nas interações com a família – **orientando a família**: orientar e confortar a família; bom relacionamento com a família. Nas interações com a equipe: valorização da equipe pela família; reuniões de trabalho da equipe; união da equipe.*

Como sentimentos geradores de **sofrimento** para os trabalhadores os dados mostraram as seguintes categorias nas interações com a criança; **cenos que o trabalhador vê** (o sofrimento da criança; intensidade e profundidade da queimadura; tempo prolongado de jejum das crianças antes dos banhos e curativos no Centro Cirúrgico; tempo de permanência da criança na Unidade); expressão de dor (sentir dor mesmo medicada; medo de tocar e doer; pânico; mal-estar; chorar no trabalho; estresse; sentir sensação dolorosa com a dor da criança); lembranças (da família; perdas de crianças queimadas); aparência física da criança queimada (seqüelas da queimadura; lesões da queimadura; sentir ansiedade mesmo antes de ver a criança; intensidade da queimadura; limitações na vida da criança; sentir responsabilidades pela recuperação da criança); **cenos que o trabalhador ajuda a construir** (o banho; o curativo das crianças). Nas interações com a família: o sofrimento da família; dificuldade da família surgiram as seguintes categorias com as normas da Unidade; sentimento de culpa da família; situação econômica e social da família; preocupação com qualidade de vida das crianças. Nas interações com a equipe e organização do trabalho: intervenção de grupos externos ao hospital; sentir falta de reconhecimento no trabalho.

Segundo a equipe de saúde, o processo de *cuidar da criança queimada* envolve *orientar e acompanhar a vida da criança* durante todo seu processo de crescimento, até a fase adulta e orientar com relação à escola; Esses são, para o trabalhador, momentos de **satisfação** do atendimento à criança.

*A escola dentro do Hospital Infantil atende todas as crianças, verifica se a criança pode sair do leito. A maioria dos queimados não pode, vem o material da escola de origem, eu **acompanho e oriento a criança**, devolvo os trabalhos para a escola com relatório, esse é um trabalho que dá **satisfação** (Dália).*

*A Unidade de Queimados era um lugar que ninguém gostava de passar porque muitos cirurgiões não gostam de tratar de queimados, com algumas exceções. Porque é um paciente que dá muito trabalho, é um paciente geralmente muito grave, é um paciente que, como a gente diz, “**se matricula na vida da gente**” por*

*muitos anos. Não é um paciente que a gente trata, cura e dá alta. Fico **satisfeito** com o trabalho que faço (Leão).*

Cuidar da criança é também a possibilidade para o trabalhador de saúde de amenizar a dor, aliviar a dor, confortar, ajudar, brincar no processo de cuidado, e isso traz **satisfação**.

*Depois do atendimento, sei que eu **amenizei a dor**, eu **confortei**, que eu fiz **sorrir** que eu **brinquei**, enfim, que eu fiz tudo para que aquele paciente pudesse se sentir bem naquele dia, isso me dá **sensação de paz e tranquilidade**, eu saio daqui tranquilo, satisfeito (Gavião Selvagem).*

*Durante o atendimento, procuro fazer o melhor possível para tentar de alguma maneira **ajudar** porque já existe um **sofrimento muito grande** e tudo que a gente puder **colaborar, ajudar** dentro da realidade dessas crianças, dessas famílias, de maneira que a gente vai **contribuir** e isso de certa forma traz alguma satisfação (Girassol).*

A dedicação à criança queimada é um componente do cotidiano da enfermagem em que, além da medicação, é necessário o acompanhamento de todas as suas necessidades, e os trabalhadores o fazem com **satisfação**.

*A enfermagem não é só chegar, fazer a medicação e jogar o paciente na cama não, não é isso. Paciente **queimado** tem que **ser trabalhado todo o dia**... A gente **se dedica direto 12 horas**, então a gente sabe a necessidade do paciente e faz isso **com satisfação, é o nosso trabalho** (Beija-Flor).*

*Então, veja bem, o trabalho na **área da saúde é um trabalho de dedicação, de abnegação**, então no momento em que eu saio de casa eu já saio destinado para isso aqui, eu venho com a mente voltada só pra isso aqui (Gavião Selvagem).*

No processo de cuidado às crianças, a *recuperação e a visita das crianças* trazem **satisfação** para os trabalhadores, que se consideram gratificados por não serem esquecidos do cuidado que prestaram.

*Depois da recuperação as crianças retornam para ver a **pessoa que cuidou dela**, não para ver as outras crianças queimadas. Eles não **esquecem das pessoas que cuidaram** deles, é **gratificante**. Ver a criança recuperada deixa a gente feliz (Iza).*

Está presente para os trabalhadores a época em que as crianças queimadas eram submetidas a dois banhos diários no processo de cuidado. A *redução* da *balneoterapia* significou um momento a menos de **sofrimento** para a equipe, na medida em que diminui o **sofrimento da criança** e ameniza também o **sofrimento** dos trabalhadores.

*A Unidade de Queimados melhorou muito, **melhorou bastante** o tratamento do queimado, os procedimentos que a gente fazia na Unidade, o banho, aquele debridamento, traumatizante tanto para o paciente e o funcionário quanto para a família. Graças a Deus entrou uma **enfermeira** nova no queimado, e junto com o médico-chefe eles batalharam e decidiram que **ninguém mais faz debridamento e banho** de grande queimado na Unidade (Beija-Flor).*

*Antigamente tinha **banho** à noite, quando a gente chegava tinha os **banhos** para dar. De uns tempos para cá o doutor tirou esses banhos porque estava sendo muito **sofrimento para as crianças**. Eles tinham que tomar dois banhos, então eles tomavam banho de manhã e quando chegava à noite tinham que tomar **banho** novamente. Aí então o médico-chefe disse que estava sendo muito **sofrimento para as crianças** e mudou isso. Hoje a gente sofre com um banho, agora imagine com dois (Jabuticaba).*

Depois do cuidado, poder gerar saúde e condições de melhora para as crianças e para a família é **prazeroso** para a equipe de saúde.

*Depois do atendimento vem o prazer e a satisfação em poder construir com eles e ver o **progresso das crianças**, dia a dia. Isso é muito prazeroso, acho que é assim para todo mundo que trabalha com hospital, poder **gerar saúde**, gerar melhora para as crianças e para a família (Mel).*

As *cenar*s que o trabalhador da equipe vivencia durante sua experiência de trabalho faz com que ele sinta ansiedade, mesmo antes de ver a criança queimada, em função da expectativa sobre a intensidade e a gravidade da queimadura. Cada paciente que interna é um choque para a equipe, a qual fica agitada quando avisada da chegada de mais uma criança queimada.

*Antes do atendimento, quando ligam para gente: vai **chegar um queimado**, daí **vamos preparar o quarto**, a gente **pensa**: será que é um paciente grande ou pequeno? Meu **Deus**, será que vem **muito queimado**? Será que vem **pouco queimado**? Meu Deus, como é esta **família**?... Cada paciente que chega a gente leva **aquela choque**, é mais um **sofrimento** (Beija-Flor).*

*Antes do atendimento a gente sempre fica muito **tensa, ansiosa, agitada**. Quando vai chegar mais uma criança queimada, já começa o **sofrimento** (Iza).*

Depois do cuidado, especialmente banhos e curativos, prestado à criança os trabalhadores manifestam sentimentos de *tristeza, sentem-se esgotados, sem energia*.

*Depois do atendimento, dos banhos e curativos, fico **atacada**, eu penso: que bom fiz um bom trabalho, mas **a gente fica carregada, atacada, esgotada**. De manhã a gente dá cinco ou seis **banhos** nos queimados, faz todos os **curativos**, teu lado emocional fica na bola sete (Beija-Flor).*

*Depois do atendimento eu **me sinto mais triste** com esses **queimados mais graves**, eu acho muito **triste**. Esses dias, eu estava conversando com a fulana, sobre a criança x; eu já estava meio chorando, eu disse: puxa, tem dias que a gente chega aqui ele está tão edemaciado, não vê melhora nele (Margarida).*

O processo de cuidado das crianças com queimaduras, no caso dos grandes queimados, requer procedimentos no CC, onde é realizada diariamente, a balneoterapia pela equipe médica, o que necessita que a criança esteja em jejum.

*Durante o período de cuidados, o **tempo** é um problema que as crianças ficam **em jejum** antes de ir para o Centro Cirúrgico. Além do tempo necessário ainda tem os atrasos, as **crianças reclamam, a família reclama**. (Gavião Selvagem).*

*Prestar atendimento a essa unidade é... É uma unidade diferente principalmente em relação ao grau de **sofrimento das crianças**. Elas e as famílias chegam muito sofridas, então a alimentação deles é um enfoque bastante especial pelas próprias características da queimadura (Mel).*

O *tempo de permanência* da criança queimada no Hospital é uma preocupação dos trabalhadores da equipe de saúde que lhes traz **sofrimento**. A criança sofre com todas as consequências de uma internação longa e, em função do processo dos procedimentos clínicos, a família e a equipe também sofrem.

*Depois do atendimento, a gente fica pensando: meu Deus, quanto **tempo essa criança vai ficar** aqui, **quanto sofrimento**. Então nós sofremos junto, muitas vezes **a gente chora junto** (Gavião Selvagem).*

*Depois de atender, dá pena mesmo, a gente sabe que aquela família e a aquela criança vão enfrentar uma **internação longa**, cheia de intercorrências, às vezes de surpresas... (Pato).*

O cuidar das crianças queimadas traz **sofrimento** aos trabalhadores; alguns até mesmo levam para fora do seu ambiente de trabalho o sentimento de *apego* às crianças, embora com um esforço de manter-se centrado e equilibrado nas suas emoções e sentimentos. **Sofrem com o sofrimento das crianças**, têm carinho pelas crianças.

*Durante o atendimento, procuro manter-me centrada, mas mesmo em 20 anos de hospital tem dias que tu sai **mal**, dá **vontade de chorar**, de **pegar no colo**, que dá uma peninha dá. Isso é muito complicado. Tem dias que eu saio **chocada**, até levo isso para a escola onde vejo as **crianças saudáveis** (Dália).*

*Durante o atendimento, a gente pensa **no sofrimento da criança, a gente sofre com eles**. Não são somente eles que sofrem, só a mãe, **a gente sofre**, os **funcionários sofrem** porque pegam aquele **carinho** com eles, mesmo no primeiro dia que tu estás ali frente a frente com uma queimadura o funcionário sofre, não digo que seja o mesmo sofrimento de dor, mas a gente **sofre com eles**, é um **sofrimento para o funcionário** (Iza).*

Há uma preocupação da equipe de saúde com a *qualidade de vida das crianças*, durante e depois da internação. Os pacientes são geralmente crianças de baixa renda e com dificuldades sociais, fatores agravantes na recuperação da criança e que trazem sofrimento para a equipe que se empenha na busca de soluções para amenizar essas dificuldades. Há, portanto, um **sofrimento**, gerado pela responsabilidade do trabalhador com relação à eficiência, eficácia e efetividade dos procedimentos realizados por ele, sobre a qualidade de vida dessas crianças.

*Depois do atendimento fico pensando: uma menina, a família bem complicada mora lá no mato, não tem nem luz elétrica, e a qualidade de vida dela? A mãe bem coitadinha. A menina tem um irmão doente da cabeça, mais dois pequenos em casa. Sem condições financeiras nenhuma, por isso que **expectativa de vida** que essa criança vai ter? (Beija-Flor).*

*No momento que eu estou **atendendo** eu sinto a minha **responsabilidade** em fazer com que a **qualidade de vida** daquela criança seja **melhor** dentro do que ela está passando (Coala).*

Momentos de reflexão durante ou depois do atendimento trazem ao trabalhador lembranças e imagens de **sofrimento**, medo de ver alguém da sua família sofrer, como *filhos e sobrinhos*, provocando sentimentos de tristeza. Situações que geram esses sentimentos são casos graves, de grandes queimados, com semelhança de idade com crianças da família.

*Vendo uma criança, mesmo antes de atender, a gente tem **sobrinha** da idade dela, a gente fica imaginando... (Beija-Flor).*

*Quando a gente vê a criança queimada, a gente, lembra, meu Deus, poderia ser **meu filho** que está ali, a gente sempre coloca **o filho, cada queimado novo poderia ser o meu filho** (Iza).*

O cuidado às crianças queimadas envolve momentos de muito **sofrimento**, como a *perda de crianças*, em que, mesmo com todo o empenho, não houve possibilidade de recuperação. Esses momentos são marcantes para esses trabalhadores.

*Mesmo depois de muito tempo de atendimento a uma criança a gente não esquece. Já faz dez anos, uma menina de 12 anos, que **nós perdemos**, nunca esqueci do rosto dela, a fisionomia dela, ela toda, ela falando, chamando tia, tia, tia... (Iza).*

*Durante e depois do atendimento a gente sofre com eles e isso foge do controle da gente pela própria condição clínica da criança ou até mesmo as crianças que **a gente perde** mesmo com todo o esforço (Mel).*

Foram muitas as manifestações sobre a dor das crianças durante a balneoterapia. Para a equipe de enfermagem, o banho é um momento de sentir *dor com a criança, de sofrimento, tristeza e desgaste* para todos. Porém, os trabalhadores são conscientes de que a balneoterapia é um procedimento fundamental na recuperação da pele da criança queimada, motivo pelo qual eles ficam satisfeitos. Sobre a medicação feita para diminuir a dor, a equipe tem conhecimento de que a medicação utilizada é a que produz menos efeitos colaterais para a criança, e mantém a esperança no empenho dos pesquisadores na descoberta de drogas que possam aliviar a dor sem causar danos à saúde.

*Mesmo com o Dimorf eu acho que **ele sente dor**. Ele fica nervoso também, ele já está perguntando hoje sobre o banho de amanhã. Aí acalmei ele para não pensar no banho de amanhã, ele dormiu. Tem que **tranqüilizar** a criança (Andorinha).*

*Durante o atendimento o pior são os **banhos e curativos** que deixam **a criança** e todo mundo abalado (Dália).*

*Durante o banho é o mais difícil para mim, a gente sabe que tem que fazer porque é a única coisa que **resolve**, no caso de queimados, porque o que vai **melhorar a situação da** criança queimada é o **banho**, mas o banho ainda é um bloqueio para mim... (Orquídea).*

A *aparência física da criança*, as *seqüelas* originadas pela queimadura e que determinam limitações funcionais para a criança, as deformidades e as lesões da queimadura também trazem **sofrimento** para a equipe. Porém, a possibilidade de melhora da criança faz com que a equipe tenha uma expectativa de ver a criança recuperada e sinta **satisfação**.

*Antes, depois ou durante o atendimento é muito **triste uma criança queimada**. A gente já pensa no **futuro**, nas **seqüelas** que vão ficar, como vai viver cheia de **limitações no crescimento, na vida... Meu Deus!** (Bem-Te-Vi).*

*A dificuldade maior é ver uma criança queimada, a **aparência física assusta**. É **sofrimento** e dor **para todos**. Fazer o máximo para que ele não sofra tanto, dar estímulo à criança (Dália).*

*Durante o atendimento eu sinto é uma coisa que não dá para explicar, sabe? Tu sentes, mas não consegues expressar o sentimento, é um **sentimento assim doloroso** que tu não consegues explicar, estás vendo e sentindo... (Iza).*

A intensidade e a profundidade da queimadura, ao ver um grande queimado, traz **sofrimento** à equipe, assusta. Antes e durante o cuidado prestado a um grande queimado, a equipe fique chocada e sofre.

*Antes do atendimento, quando chega um paciente queimado, quando a gente vê, **a gente sofre**, principalmente quando é um **grande queimado** (Beija-Flor).*

*Quando a gente vai dar o primeiro banho, mesmo que nós estejamos acostumados, pelo menos eu particularmente, é sempre um **choque** para a gente, principalmente quando é um **grande queimado**. É um **sofrimento** para **eles e para a equipe** (Orquídea).*

Conforme a intensidade e a profundidade, a queimadura destrói o maior órgão do corpo humano, a pele. Isso determina limites no toque, durante as interações

entre a equipe e a criança no cotidiano do atendimento, trazendo **sofrimento** para a equipe de saúde.

*Sempre, ao ver uma criança queimada eu fico chocada, tenho **medo de tocar** e a criança sentir dor. A gente vai se adaptando, mas no início foi difícil (Jabuticaba).*

*Quando a criança está muito queimada, a gente nem sabe **como pegar** para colocar na banheira. Tem que ter muito cuidado **ao tocar na criança**, ela está com dor e muito sensível (Peito de Ferro).*

Os trabalhadores manifestam sentimentos de *compaixão* durante ou depois do cuidado à criança queimada, demonstrando amor, carinho, empatia ao cuidar do outro.

*Depois do atendimento, mesmo trabalhando na área da saúde, a gente **sente pena**, a gente tem **empatia** pelo paciente se colocando até no lugar dos pais. É uma situação muito **dolorosa**, acaba tendo mais **compaixão** tanto pelo paciente como pela família (Pato).*

Porém, alguns falam de situações de **sofrimento** no cuidado às crianças através de sensações de *medo, pânico e mal-estar*.

*Antes do atendimento, a princípio isso mexe com a nossas estruturas, de qualquer um, porque o queimado é uma unidade totalmente à parte do hospital. Isso te causa **medo**, isso te causa **pânico**, isso te **causa mal-estar** (Gavião Selvagem).*

*A primeira vez que eu entrei na Unidade de Queimados eu tive vontade de **sair correndo**, tive muita dificuldade, tanto que quando eu comecei a trabalhar no Hospital a última unidade que eu entrei foi na Unidade de Queimados. É uma experiência **muito doída**, fiquei muito assustada, eu tinha **medo de como atender**, **medo** da minha reação, porque gera um certo impacto, eu acho muito difícil até hoje, até hoje eu tenho dificuldades com o paciente queimado (Girassol).*

Outra situação de **sofrimento** no cuidado à criança queimada expressa pelos trabalhadores é *chorar no trabalho e sentir-se estressado* durante ou depois desse processo de trabalho, conforme manifestado por alguns.

*Depois do **atendimento**, muitas vezes continua o **estresse**... (Bem-Te-Vi).*

*Durante o atendimento, na hora do banho, a gente tem que lavar aquelas partezinhas queimadas onde ficavam aquelas crostas, limpar aquilo ali com uma gazezinha, e isso deixa a criança **muito estressada**, tanto **a criança** como o **acompanhante**, como **nós mesmos**. Eu **choro junto com as crianças até hoje** (Jabuticaba).*

Está presente nas manifestações e nas atitudes dos trabalhadores o sentimento de *responsabilidade pela recuperação da criança*, fazendo com que eles fiquem *tensos, chocados e preocupados em aliviar a dor e minimizar o sofrimento* daquela criança com a melhor qualidade de atendimento. Além disso, a queimadura é um acidente, o que torna o momento do cuidado à criança mais agressivo e de **sofrimento** para todos. Porém, a possibilidade de recuperação dessa criança é motivo de **satisfação**.

*Durante o atendimento, eu me cobro bastante de poder fazer alguma coisa para melhorar aquele sofrimento, aquele momento daquela criança, **tentar aliviar a dor**. Me sinto responsável por tentar minimizar as seqüelas que pode ter por causa da queimadura (Coala).*

*Antes do atendimento, independente do impacto que causa, a gente sabe que tem um serviço que tem que ser feito, e tem que ser feito da forma **mais profissional** possível, com toda a humanização que deve ser dada no tratamento da criança... Minimizando qualquer outro **risco** que a criança venha a ter. Porque ela já sofreu uma **agressão**, então a gente não pode agredir mais, tudo que a gente fizer tem que ser no sentido de **recuperar** (Leão).*

A seguir, apresenta-se uma síntese com o resultado do processo de análise dos dados referentes às situações de satisfação e sofrimento da equipe de saúde nas três fases do atendimento à criança queimada, ou seja, antes, durante e depois do atendimento.

QUADRO 6 – SÍNTESE DA DINÂMICA SATISFAÇÃO–SOFRIMENTO DURANTE PROCESSO DE CUIDAR DA CRIANÇA QUEIMADA.

Fases do Atendimento Participantes	Antes do atendimento			Durante o atendimento			Depois do atendimento		
	Pensa	Sente	Análise	Pensa	Sente	Análise	Pensa	Sente	Análise
Beija-Flor	Será que é muito queimado?	Ansiedade	Sufrimento So	Na criança queimada Na família	Pena. Penso nas crianças, na minha sobrinha	So	Na criança queimada. Na família	Pena . Tem retorno as crianças vêm aqui depois de recuperada, dá satisfação	Satisfação (Sa) Sufrimento (So) Sa-So
Gavião Selvagem	Como está essa criança?	Faço oração para dar certo	So	Sufrimento da criança	Dor	So	Falta cuidado com as crianças na família	Sufrimento poderia ser evitado. Cuidar é gratificante	Sa-So
Lua	Rezo, peço ajuda a Deus	Tenho que fazer o melhor pra eles. Ansiedade	So	Sufrimento da criança	Tenho muita pena, mas tem que fazer. Choro	So	Sufrimento das crianças Eles têm dor mesmo Medicados	Tenho pena, mas tem que fazer. Sinto bem. Gratificante	Sa-So
Iza	Essa noite como será? Poderia ser meu filho?	Angústia	So	A gente sofre com isso	Sentimento doloroso	So	Sufrimento da criança, da mãe, e nosso	Sufrimento gratificação em poder cuidar das crianças	Sa-So
Jabuticaba	Como ele está?	Ansiedade	So	Fazer o melhor com menos dor	Sofro junto Choro	So	Fiz o melhor	Satisfeita com o que fiz	Sa-So
Margarida	Fico triste	Vontade de chorar	So	Fazer o melhor com menos dor	Sofro junto choro	So	As crianças dormem a gente fica mais calma	Feliz com progresso criança triste com a piora da criança	Sa-So
Coala	Vou conseguir? Poderia ser meu filho	Ansiedade	So	Tenho que aliviar a dor e as seqüelas	Responsabilidade pela recuperação da criança, tensão	So	No resultado	Satisfação-frustração	Sa-So
Flora	Expectativa com as reações e da família	Insegurança	So	Avaliando o tempo todo	Respirar fundo e segurar	So	Consegui ajudar ou não	Sensação boa ou frustração	Sa-So
Peito de Ferro	Como aconteceu isso?	Misto de dor e sofrimento	So	Tratar bem a criança	É difícil, tem que ser feito	So	O trabalho foi bem feito	Fico contente com o que fiz	Sa-So
Bem-Te-Vi	Porque tanta falta de cuidado com as crianças	Revolta	So	Colocar-se no lugar da criança e da família	Estresse, angústia	So	Recuperação da criança	Gratificada com a melhora da criança	As-So

Mel	Ajudar na recuperação da criança	Chocada com grandes queimados	So	Como ajudar na recuperação	Não vejo a queimadura, a criança está enfaixada mas sinto angústia c/ sofrimento da criança e da família	So	Estamos no caminho certo?	Sofrimento e satisfação	Sa-So
Girassol	Na dor da criança e da família	Sofrimento, medo assustada	So	Ajudar	É muito pesado	So	Consegui ajudar ou não?	Arrasada ou aliviada	Sa-So
Dália	Conhecer a situação	Sinto pena	So	Fazer o melhor	Às vezes fico mal	So	Manter – me centrada	Vontade de chorar de pegar no colo. Satisfação em ajudar	Sa-So
Orquídea	Ajudar	Pena, dor.	So	Tenho que fazer	Tristeza, desconforto	So	Nas crianças tenho sobrinhos.	Poder ajudar, ser útil dá satisfação	Sa-So
Andorinha	Ter controle	Emoção vontade de chorar	So	Atender bem	Preciso de coragem	So	Não deixar falhas	Consciência tranquila	Sa-So
Leão	Equilibrar o paciente	Queimadura sempre causa impacto	So	Recuperar a criança	Fico sensibilizado a queimadura é sempre grave	So	Poderia ser evitada	Fiz o melhor para a criança. Fico satisfeito	Sa-So
Pato	Dar conforto aliviar a dor da c	Pena Empatia	So	Preservar a vida	É doloroso	So	Sofrimento que pode ser evitado	Compaixão pela criança e pela família Gratificante	Sa-So
Rosa	Tenho que fazer	A gente adquirir força além do normal	So	Empatia com os pais	Pena grande queimado é sofrimento	So	Fiz um trabalho correto	Realizada, satisfeita	Sa-So

Nesse contexto, ocorrem também as interações da equipe de saúde com os familiares dessas crianças que dão origem a **situações de satisfação e sofrimento** para a equipe, descritas no próximo item.

5.3.2 A satisfação e o sofrimento nas interações com os familiares da criança no cotidiano da equipe

Orientar e confortar a família é um procedimento do cotidiano dos trabalhadores da equipe de saúde depois do cuidado à criança. Essas atividades com a família são para os trabalhadores uma forma de ajudar as crianças, o que para eles é *gratificante* e faz parte do processo de cuidado.

*No processo de cuidados às crianças, trabalhar com **as famílias** é muito bom, é muito gratificante... Ter essa oportunidade de fazer alguma coisa pela **criança** por meio da **família** é muito importante, eu gosto demais (Bem-Te-Vi).*

*Depois do atendimento à criança, ou até mesmo durante o atendimento, dou muita **força para os pais**. Aqui a gente tem que fazer isso, **dar força, orientar e estimular os pais** (Jabuticaba).*

Para os trabalhadores, um *bom relacionamento com a mãe* (ou acompanhante), o diálogo, fazer com que ela compreenda da melhor forma possível o procedimento a que a criança está sendo submetida, tudo isso permite que a equipe realize seu trabalho com maior *segurança, calma*, com **menor sofrimento** para a mãe e para a equipe.

*Durante o atendimento no curativo, sempre procuro **passar para a mãe o que eu vou fazer na criança**. A mãe está ali, tu não vais chegar e colocar ela (a criança) na banheira. Fala para a mãe: tu vais ajudar, vais acompanhar o banho. Quando a gente vê que a mãe está muito traumatizada, está nervosa, a gente diz para ela dar uma saidinha, se ela preferir, fica no quarto. Eu sempre prefiro que elas acompanhem o banho e vejam o procedimento da gente na hora do banho, porque se ela está fora e a criança chora ela vai pensar o que está fazendo com a minha filha. E se ela está ali vendo teu trabalho, ela está vendo teu procedimento, o que tu estás fazendo e por que a criança está chorando. Sempre procuro que elas acompanhem os banhos, na hora dos curativos faz com que tu consigas trabalhar melhor com menos sofrimento para nós, para a criança e para a família (Beija-Flor).*

*Antes do atendimento, geralmente quando é paciente novo, **converso com a mãe** sobre o procedimento que eu vou fazer, se vou dar remedinho para o banho: mãe isso aqui é remedinho para aliviar a dor no banho, é aquele dimorfizinho, que é para aliviar a dor, daqui uma hora a gente vai dar o banhozinho. Digo à mãe que vou abrir o curativo que vai ser dado o banho, com isso a gente trabalha melhor, e a mãe também fica mais segura (Margarida).*

Por outro lado, as *dificuldades* e o *sofrimento da família*, em vários aspectos – *psicológicos, o contexto, a situação financeira e social da família* –, são motivos de preocupação e **sofrimento** para a equipe.

*Depois do atendimento, tem situações em que a gente se depara com o sofrimento da criança e com **a parte social** daquela família. Aquela situação causa na gente um **sentimento de sofrimento** (Gavião Selvagem).*

*Durante e depois do atendimento, estamos aqui para orientar, fazer o nosso trabalho bem feito, passar um pouco de segurança e conforto para **a família**. A gente não sabe **o contexto, as dificuldades, os problemas sociais**, que normalmente são muitos e que contribuem para que aquilo aconteça e isso causa **sofrimento** para a gente (Pato).*

O *sentimento de culpa da família* traz **sofrimento** para a equipe. O trabalhador, através da *empatia com a família*, sente necessidade de dar apoio a ela. Porém, isso às vezes se torna difícil, pois a família transfere para a enfermagem a culpa de estar fazendo a criança sofrer no momento de prestar o cuidado.

*A Unidade é pequena, então eles estão **todo tempo frente a frente conosco e nós com eles**, a gente faz tudo o que eles querem. Isso deixa **a gente lesada**, parece que tu não vais **mais conseguir cuidar**. Quando acontecem essas reclamações da gente, tu vais para **casa e não consegue nem descansar**, chega até **chorar** (Iza).*

*Depois do atendimento, as mães **sentem culpa** pelo que aconteceu com a criança, então a gente tem que passar uma posição positiva para eles. Aquilo já aconteceu agora a gente tem que fazer com que a criança fique bem (Jabuticaba).*

No que diz respeito às **normas** de atendimento da unidade, surgem **dificuldades** em relação à falta de **cumprimento** dessas normas pela família ou pelo acompanhante, o que traz conflitos entre a equipe e a família e interfere

negativamente na recuperação da criança, que é a atividade principal da equipe. Isso gera uma **situação de sofrimento** para a equipe.

*É muito complicado **trabalhar com a família**. É **difícil a família seguir as normas de cuidados** elas não aceitam batem portas batem boca. Falta um profissional de psicologia com mais tempo aqui dentro (Bem-Te-Vi).*

*No dia-a-dia, muitas vezes **a gente se decepciona** com as **atitudes da família**. Decepção do tratamento de alguns familiares com os funcionários, **a gente quer ser bem tratada**. O funcionário se **decepciona**, sai daqui chateado. Eu já saí **chateada, decepcionada** (Iza).*

Porém, quando os acompanhantes, mães ou familiares, aceitam e cumprem as **normas da unidade** no dia-a-dia da internação da criança, melhora a qualidade das interações da equipe com essas famílias ou acompanhantes e isso traz **satisfação**.

Se a mãe ou acompanhante, respeita as nossas normas, sai para as refeições e o banho, mas está sempre presente com a criança, na hora da alimentação da criança, cuida da higiene no quarto, está sempre na horinha certa, isso aí, meu Deus, ajuda 70% para a equipe (Beija-Flor).

A seguir, descrevem-se a **satisfação e o sofrimento** da equipe nas suas interações de trabalho.

5.3.3 A satisfação e o sofrimento da equipe de saúde nas suas interações de trabalho

Há **satisfação** no processo de **interação da equipe** de saúde da Unidade de Queimados. Para alguns trabalhadores, é uma equipe que interage, que se ajuda, compartilha, é coesa, unida, formando uma corrente positiva forte. Consideram-se unidos pela *mesma razão e pela mesma emoção*.

*É, são doze horas de trabalho, então é preciso que estejamos muito, **muito unidos, coesos, muito ligados, muito junto** para formar uma **corrente positiva, uma corrente forte**. Unidos pela mesma **razão**, pela mesma **emoção** porque isso aí é*

que vai sustentar o **nosso trabalho**. Porque, se eu me der bem com a minha colega de trabalho, isso vai repercutir na minha parte profissional (Gavião Selvagem).

Aqui na Unidade de Queimados é impressionante **como as coisas funcionam**, tanto a parte da enfermagem como as outras especialidades, fisioterapia, nutrição. É uma **equipe que trabalha junto** (Pato).

A valorização da equipe traz **satisfação** aos trabalhadores. Há disponibilidade da equipe, e a enfermagem é vista como ponto de referência no cuidado às crianças.

Depois do atendimento, o que mais me gratifica realmente é ver a criança sair bem, ver que aquela **família valoriza** o que tu falas, **valoriza a enfermagem**. Eu acho que a **enfermagem é um ponto de referência** principalmente quando o paciente vai embora, pois para a **continuidade do tratamento** eles podem ligar a qualquer hora, vir a qualquer hora, é um profissional que está mais **disponível**. Gosto de trabalhar com toda a equipe da Unidade (Bem-Te-Vi).

Eu gosto de trabalhar aqui, é um **setor pequeno**, todo mundo fala a mesma língua, o andamento da Unidade vai de vento em popa. Eu adoro trabalhar aqui com a **equipe médica e de enfermagem**. Graças a Deus eu venho trabalhar com vontade e com gosto (Peito de Ferro).

As reuniões de trabalho da equipe são momentos que proporcionam um processo de interação considerado necessário pelos trabalhadores e que, além disso, a mantêm unida, com os mesmos objetivos. Esse é um momento de trabalho que traz satisfação à equipe.

É muito legal trabalhar aqui, aquela reunião de toda a equipe nas segundas-feiras. Tem uma troca, a equipe do queimados, o médico, a enfermagem, a fisioterapia, a psicologia, a nutrição, enfim todos, tudo isso vale a pena, o pessoal é ótimo, a **equipe é dez** (Dália).

Não dá para trabalhar em uma unidade, como queimados, com todos os procedimentos que acontecem, sem ser uma **equipe** extremamente **unida**. Então a gente sabe que está lá dentro da Unidade **contando** com todas **as pessoas** que sempre deram **suporte** para **o trabalho da gente, a enfermagem, a nutrição** ou o **médico**, então a **equipe unida dá segurança para a gente**. Eu não consigo entrar, atender e sair. Isso é psicoterapia, lá dentro não dá para fazer isso, só atender a criança sem esse envolvimento, isso eu não conseguiria fazer (Flora).

E o **sofrimento** da equipe em relação às suas interações no processo de trabalho é manifestado somente em situações como *a interferência de opiniões de grupos externos ao Hospital*, em detrimento do trabalho desenvolvido na Unidade, o que é sentido pelos trabalhadores como falta de *valorização, de reconhecimento da equipe* e invasão nas interações da equipe. Portanto, todo esse sentimento gerado na equipe traz **sofrimento** para os trabalhadores.

Quando existe um certo descaso pelo teu trabalho, e que outras informações e outras opiniões influenciam, e que teu trabalho não é valorizado, ou seja, a equipe não está sendo valorizada, dá muito sofrimento essa falta de reconhecimento e de valorização da equipe...(Bem-Te-Vi).

*A equipe é boa, é ótima, mas às vezes tem essa ONG aqui que a gente não sabe para que, começam essas coisas de falar daqui aí fora. Isso não é bom, nós somos **uma equipe bem unida**. Tem lugares que as pessoas trabalham juntas e nem se falam. Como tu vais trabalhar com uma pessoa o dia todo, de cara feia, isso não acontece aqui, uma precisa da outra, a gente está aprendendo todo dia, sempre tem uma coisa nova (Andorinha).*

Percebe-se, na descrição dessas situações do processo de trabalho, a presença da **dinâmica satisfação-sofrimento** no cotidiano das interações dos trabalhadores da equipe de saúde no atendimento à criança na Unidade de Queimados.

No próximo capítulo, são trazidos à discussão os temas que emergem das categorias descritas e identificadas neste capítulo, o diálogo com a literatura e os pressupostos do estudo, buscando-se responder à pergunta da pesquisa.

6 A DINÂMICA SATISFAÇÃO – SOFRIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE NO COTIDIANO DO CUIDADO À CRIANÇA QUEIMADA E SUA QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: BUSCANDO APOIO EM SI MESMOS E NOS OUTROS

Estamos olhando para o trabalhador com a possibilidade de vê-lo como um ser holístico-ecológico com alegrias, tristezas, valores, crenças, satisfação, sofrimento, dor, prazer, felicidade, afeto, amor, dedicação pelo outro e compaixão.

Zuleica Maria Patrício (1999)

Neste capítulo, são trazidas à discussão as categorias identificadas e descritas no capítulo anterior, as quais, dialogando com a literatura e os pressupostos do estudo, buscam responder à pergunta de pesquisa. Da reflexão e síntese da dinâmica satisfação-sofrimento no processo de cuidar da criança queimada, e da **repercussão** da **dinâmica satisfação-sofrimento** vivenciada pelos trabalhadores da equipe de saúde que presta atendimento à criança queimada na sua **qualidade de vida no trabalho**, emergem como tema **as formas de apoio que buscam esses trabalhadores para superar o sofrimento**, manterem-se saudáveis e melhorar a sua qualidade de vida no trabalho.

6.1 As Satisfações e os Sofrimentos no Processo de Cuidar da Criança Queimada

No processo de cuidar da criança queimada, a interação da equipe com essa criança, prestando cuidados diretos e indiretos, constitui momentos de trocas de energias, para amenizar a dor, pelo **toque, pelo afago, pelo olhar carinhoso, pelo gesto de amor e pela compaixão**, sendo necessário que se estabeleça um **“diálogo de pele”**.

Patrício (1995) define esse **“Processo de Cuidar** como interações entre o trabalhador e o cliente (indivíduo, família, outros grupos sociais e comunidades)” (p.

56). Portanto, para que o cuidado aconteça, à luz desse referencial que orienta este trabalho, é necessário que ocorra um processo de interação, o qual se dá por meio da “troca de energia e de universos culturais, fundamentado na realidade de idéias e na concretude do corpo em relação com o ambiente” (PATRÍCIO, 1995, p. 57).

Essa **interação** com o outro acontece nos **encontros**, por meio de comunicação verbal e não verbal e de ações físicas que fazem a mediação no processo de transformação das necessidades de saúde do Ser Humano com participação ativa deste. Para tanto **incorpora conhecimentos e saberes, oriundos de diferentes culturas, sentimentos e energia do cuidador e daquele que é cuidado, juntamente com o ambiente** (PATRÍCIO, 1996, p. 56).

É preciso lembrar que o trabalhador da equipe de saúde estudada trabalha **com lesões na pele**. Para Anzieu (1989), a pele é um reflexo “de nossa boa ou má saúde orgânica, é um espelho de nossa alma” (p. 257). O autor salienta que o toque na pele sensível da criança queimada pode “desorganizar ainda mais o psiquismo da criança” (ANZIEU, 1989, p. 258) e que, portanto, essa criança necessita que a pele queimada seja substituída por uma pele nova, a partir de palavras, o que requer um processo de interação com a equipe de saúde

*Depois que eu dou o **banho**, que eu faço o **curativo**, aquele **sofrimento** todo vai amenizando um pouco, eu fico mais feliz. Porque **eu sofro também, eu sinto a dor**, não fisicamente, mas eu sinto que ela está sofrendo (Lua).*

*Durante o banho **é difícil** para a criança que está queimada, ela grita, ela chora, **a gente** também **sente um pouco de dor nisso tudo**, mas é obrigatório fazer. Se a gente não fizer o que tem que ser feito, não está só se prejudicando, está prejudicando mais a criança **queimada**, que vai levar mais tempo para se recuperar e ir para casa, e o tratamento pode não ficar adequado (Peito de Ferro).*

Portanto, essa **interação** é desenvolvida e elaborada no cotidiano do cuidado à criança queimada pela **equipe de saúde** para que ela elabore seu novo corpo, sua nova imagem corporal. Esse processo requer também o resgate da história de vida criança, pois ela necessita recuperar as suas interações com o mundo.

Nesse sentido, a qualidade do processo de interação com a criança, o *saber que cuidou bem dela, o fazer o que tem que ser feito, mesmo com sofrimento, proporciona ao trabalhador sensação de paz, de alívio e de tranquilidade,*

configurando-se assim como um processo que traz **satisfação** e bem-estar no trabalho

*Eu acho que o ser humano tem que fazer coisa que te dá satisfação, embora seja um **sofrimento**, seja complicado lidar com a **dor** e o **sofrimento das pessoas**, no caso as crianças, mas isso me causa satisfação, porque eu estou dando o melhor de mim e ajudando. Eu tento dar o melhor de mim para o paciente, porque o paciente merece o melhor de nós. O que me deixa satisfeito é saber que terminou o meu dia e eu pude fazer o melhor por aquele paciente, então isso me dá sensação, de **paz, de alívio, de conforto**, no **íntimo na minha alma**, eu fiz da melhor maneira possível (Gavião Selvagem).*

*Durante o atendimento, eu penso em **fazer o melhor**, tentar fazer com que **a criança aceite a gente**, fazer os **procedimentos**, **ser carinhosa com a criança**, fazer eles **gostarem da gente**... Se cativares a criança e toda hora tu chegares perto dela, ela vai **gostar** de ti, já vai te **aceitar melhor**... Pega **confiança em ti** e tu consegues fazer um **trabalho melhor** (Beija-Flor).*

Esse processo de interação que os trabalhadores manifestam, como *estimular a recuperação da criança, fazer o melhor por ela, orientá-la e acompanhá-la*, dá-se por meio da comunicação verbal na conduta terapêutica, no momento dos banhos e dos curativos. Sobre essa interação entre a criança queimada e o trabalhador da equipe de saúde, Anzieu (1989) salienta que

a fantasia que lhes é imposta sobrecarrega sua dor física, já muito importante, com um sofrimento psíquico; o resultado desta soma fica tão insuportável que a função continente psíquico dos afetos não consegue mais se apoiar sobre a função continente de uma pele intacta. Entretanto, a pele de palavras que se tece entre o queimado e um interlocutor compreensivo pode restabelecer simbolicamente uma pele psíquica continente, capaz de tornar mais tolerável a dor de uma agressão da pele real (p. 260).

Então, o processo de **interação trabalhador-criança**, na conduta terapêutica, transcende a prestação de cuidados diretos e indiretos, ocorrendo pela integração de quem **cuida**, de quem é **cuidado** e do ambiente, **incorporando e trocando energia, saberes e sentimentos**.

Essa interação seria o que Jung (1991, apud PATRÍCIO) chama de “communio spiritus” – comunhão espiritual –, a transfusão mais íntima que gera uma troca de energia quando se aceita sem preconceito uma pessoa (1995, p. 105). Nesse sentido, as *habilidades, o carinho, a competência e a dedicação da equipe*

de saúde que cuida da criança queimada são essenciais no cuidado dessa criança. Isso traz para esses trabalhadores **sentimentos de satisfação**; e também *orientar e confortar a família, ter um bom relacionamento com a mesma, ver a criança recuperada, receber visitas* das crianças que estiveram internadas na unidade é para esses trabalhadores **motivo de satisfação**.

Ainda a respeito do processo interativo que se estabelece, Mariani (1991) pondera que a falta de compreensão do que ocorre, o medo e a dor levam a dificuldades de **relacionamento da equipe de saúde** com a **criança queimada no cotidiano do processo de trabalho**. Também a falta de colaboração, própria da idade, prejudica o resultado do tratamento e agrava as seqüelas

*Antes do atendimento, geralmente quando é paciente novo, **converso com a mãe** sobre o procedimento que eu vou fazer. Se vou dar remedinho para o banho: mãe, isso aqui é remedinho para aliviar a dor no banho, é aquele dimorfizinho, daqui uma hora a gente vai dar o banhozinho. Digo à mãe que vou abrir o curativo, que vai ser dado o banho (Margarida).*

*O queimado é um paciente grave, ele precisa ser **equilibrado**, a perda de líquidos leva a um desequilíbrio de água e sais do organismo. Como a pele é uma barreira mecânica de proteção, então existe o risco de infecção. Quando a gente pega um paciente desses a expectativa que a gente tem é de resolver o mais rápido possível, porque a gente sabe que está correndo contra o relógio, é necessário preservar a vida e possibilitar uma melhor qualidade de vida para essa criança, tanto do ponto de vista estético como funcional (Leão).*

No que se refere às **situações de sofrimento**, encontraram-se nas **interações** com a *criança* **cenos de sofrimento que o trabalhador vê** – a *superfície corporal queimada, a intensidade da queimadura, o tempo de permanência da criança na Unidade e a responsabilidade pela sua recuperação* – como **componentes do sofrimento da equipe**.

Igualmente compõem esse sofrimento **cenos em que o trabalhador participa**, inclusive, como “agente desse sofrimento”, no caso dos banhos e curativos. As condições psicológicas da criança queimada, intensificadas por algumas dessas situações, interferem no processo de cuidado por parte da equipe de saúde no cotidiano do ambiente hospitalar

*Durante o atendimento eu sinto tanta coisa, é difícil de explicar, eu **participo do sofrimento** da **criança**, eu vejo o quanto elas sofrem. No começo, assim, eu*

chorava muito no atendimento e quando a criança diz: por favor, tia, faz isso não! Isso dói na gente, eu choro junto (Lua).

*Durante o atendimento, a criança chora, tu queres tentar fazer de uma maneira menos traumática, mas muitas vezes não é possível, e dá uma **angústia** muito grande, principalmente no primeiro momento, no primeiro banho, no primeiro atendimento (Bem-Te-Vi).*

O tempo prolongado de internação e a gravidade do estado de saúde dos pacientes são fatores determinantes no processo de **sofrimento** dos trabalhadores da equipe de saúde que assistem a criança queimada. No período de *jejum prolongado*, pela manhã, a equipe fica tensa, angustiada, e tem dificuldades para equilibrar a situação da criança que sente fome, a ansiedade da mãe, que entra em conflito com a equipe, e a demora no início dos procedimentos, em função de situações administrativas externas à Unidade, como a disponibilidade de salas no bloco cirúrgico. Mesmo que agendados os procedimentos no Centro Cirúrgico, situações de emergência com frequência inviabilizam o cumprimento rigoroso dos horários, uma vez que a administração da saúde tem peculiaridades que devem ser respeitadas com rigor

*O tempo prolongado de jejum cria uma **angústia e preocupação** para nós. Ver as crianças sem alimento, isso cria **conflitos com as mães** (Gavião Selvagem).*

*A necessidade de **jejum** para banhos, curativos e cirurgias é um problema difícil de resolver, são procedimentos que necessitam desta conduta (Mel).*

A dinâmica **satisfação-sofrimento** presente no processo de trabalho dos trabalhadores da equipe de saúde depende, portanto, das possibilidades e limitações do cuidado prestado às crianças. De um lado, há uma satisfação em levar alívio ao sofrimento do outro, à dor do outro, *sentir-se útil, poder ajudar*, salvar o outro da morte; por outro lado, emerge o **sofrimento** com as condições e limites impostos pela gravidade do paciente.

*Eu trabalho aqui porque realmente eu gosto. Mesmo com todo o sofrimento que é para a gente, o que me dá satisfação é poder **ajudar, ser útil** em alguma coisa (Orquídea).*

*A gente sofre, claro que a gente tem que **enfrentar a realidade**, não afastar o sofrimento, **mas sim ajudar** (Lua).*

Nesse sentido, Lunardi Filho (1997) salienta que,

apesar de ser considerado um trabalho desgastante e das características de ser um trabalho que, na maioria das vezes, se desenvolve frente às situações críticas pelas quais passa o ser humano, como a doença, o sofrimento e a morte, há um gosto especial pelo trabalho que reside, principalmente, na execução de atividades assistenciais: ajudar as pessoas doentes, apoiar e promover seu bem estar geral sua recuperação e alta e presenciar a felicidade tanto de pacientes como de seus familiares (p. 85).

Além disso, o estado físico e psicológico da criança provoca situações estressantes para os trabalhadores relacionadas ao tratamento e à reabilitação. Esse processo de cuidado torna-se mais complexo para a equipe de saúde em função da ausência de pele e da desfiguração da criança provocadas pelas lesões da queimadura

Queimados são pacientes que tu tens que observar durante o dia todo, dar atenção, ficar em cima da criança, porque queimado é muito imprevisível, uma hora ele está bem, outra ele pode ter um problema, como qualquer paciente, mas o paciente queimado é muito melindroso. Se tens paciente, tens que ficar muito alerta (Beija-Flor).

*Durante o atendimento o pior são os **banhos e curativos**, que deixam **a criança** e todo mundo abalado (Dália).*

Para a equipe de saúde, no cuidado à criança, *amenizar e aliviar a dor da criança* traz **satisfação**, o que a fortalece para novas situações de **sofrimento** que irá enfrentar durante seu processo de trabalho, estabelecendo-se, desse modo, a dinâmica **satisfação-sofrimento** identificada.

A esse respeito, Beck (2001) enfatiza que

os trabalhadores salientam que o sentimento de satisfação por promover o alívio do sofrimento do outro pode significar a reposição de energias, a busca do ponto de equilíbrio, o bem-estar, a cicatrização das feridas deixadas pelo sofrimento vivido pelos trabalhadores, o que permite que façam novos enfrentamentos e desempenhem melhor seu trabalho (p. 11).

Rossi et al. (2000) afirmam que “os procedimentos de banho e curativo constituem os acontecimentos mais importantes. (...) esses são os momentos em que a dor está mais presente” (p. 20).

A pesquisa empírica mostrou que os banhos e curativos **são cenas em que o trabalhador participa**, inclusive como “agente causador” desse **sofrimento**, para ele e para a criança. Manifestações sobre a **dor**, como *sentir dor com a dor da criança*, vêm acompanhadas de uma grande angústia e preocupação por parte da equipe, como o fato de a criança *sentir dor no banho mesmo medicada. Portanto, o medo de tocar, de dar banho, de fazer curativo, e a criança sentir dor*, provoca **sofrimento** a esses trabalhadores

*Com **medo de tocar** e a criança sentir dor, mas depois de dois, três meses eu fui me adaptando. Mas no início foi muito difícil, eu chorava muito quando via aquele sofrimento, chorava junto com as crianças e choro até hoje (Jabuticaba).*

*Quando a criança está muito queimada, a gente nem sabe **como pegar** para colocar na banheira e fazer curativo. Tem que ter muito cuidado **ao tocar na criança**, ela está com dor e muito sensível, não é fácil, dá uma dor na gente! (Peito de Ferro).*

Entretanto, é exatamente esse mesmo **cuidado**, por meio dos banhos e dos curativos, possibilitando a recuperação da pele, que proporciona **satisfação** aos trabalhadores, caracterizando um dos momentos em que vivenciam a **dinâmica satisfação–sofrimento**.

A situação de queimadura provoca muita dor. A esse respeito, Anzieu (1989) salienta que

cada um está só perante a dor. Ela ocupa todos os lugares e eu não existo mais como Eu: [...] O que é compartilhável não é a dor, é a defesa contra a dor: o exemplo da dor nos queimados graves ilustra isso. Se a mãe, por indiferença, ignorância, depressão, não se comunica habitualmente com a criança, a dor pode ser a última chance da qual a criança se utiliza para obter sua atenção, para ser envolvida por seus cuidados e manifestações de seu amor (p. 256).

Para Montagu (1988), poucos órgãos atraem os cuidados ou o interesse de um número tão grande de especialistas como a pele:

profissionais da área da saúde, profissionais da estética, o poeta à procura de uma pele de palavras para tecer sobre a página em branco ou o romancista revelando a psicologia de seus personagens a partir da descrição dos rostos e dos corpos... É o lugar do bem-estar e também da sedução. Ela nos oferece a mesma quantidade de dor e prazer (p. 258).

Nas manifestações sobre a *dor da criança*, o banho e o curativo, já salientados neste estudo, são considerados pela equipe como momentos de muita dor e sofrimento, tanto para o trabalhador *como para a criança*

Os banhos são um **sofrimento** para a **criança**, para a **família** e para a **equipe**. A gente **sofre junto**, é **muito sofrimento**, é **muita dor**. *Mesmo com o medicamento, que é o **dimorfi** que a gente dá, não tira totalmente a dor. Pode até dar uma aliviada, mas não tira a dor, é muita dor que essas crianças sentem (Jabuticaba).*

*No momento do atendimento, eu acho **muito triste**, a criança chegou queimada, a gente tem que dar aquele **banho**, tirar aquilo tudo, estourar as bolhas, fazer curativo, aquilo é **muito triste**. Mesmo com o medicamento, que é o **dimorfi**, que a gente dá, não tira totalmente a dor (Margarida).*

Por outro lado, as lesões resultantes da queimadura tiram da criança a possibilidade de cultivar sua beleza, na fase da sua vida em que a descoberta do corpo é uma dimensão fundamental no seu desenvolvimento. Todos esses fatores são agravados para a criança e para quem lhe presta o atendimento, pois, além da dor física, estão presentes os valores culturais, baseados na beleza física como condição de felicidade, de satisfação, de prazer, de sucesso e de inserção social, no modelo vigente de sociedade.

Portanto, a **aparência da queimadura, a lesão da pele**, mesmo na ausência da dor, **intensifica o sofrimento dos trabalhadores** da equipe de saúde no ato de prestar atendimento às crianças queimadas

*Uma criança que está com 13, 14 anos, um mocinho, vai ter várias cirurgias pela frente, que sofrimento dessa criança, que expectativa de vida que ele vai ter, os amiguinhos **olharem para ele** todo cheio de **seqüelas, com cicatrizes**, imagina a cabeça desse menino (Beija-Flor).*

*Depois sinto **muita pena**, uma **dor**, um **desconforto**, **muita tristeza**, um grande queimado, a criança queimada em si é **traumatizante**. Eles até podem ficar bons, mas o trauma fica (Orquídea).*

A queimadura é um ferimento exposto, é uma lesão agressiva ao olhar do outro, no caso, da equipe de saúde, pois, mesmo na *ausência da dor* para a criança, *é doloroso para quem cuida dessa criança*, uma vez que essa recuperação, na maioria das vezes, deixa seqüelas, deformidades, incapacidade de movimento, impossibilitando o desenvolvimento normal da criança.

Esta foi uma manifestação significativa para este estudo: para os trabalhadores, a *aparência física da criança queimada*, as *seqüelas* e as *lesões da queimadura* **geram ansiedade**, sentida por eles mesmo *antes de ver a criança* com queimaduras, levando-os a refletir inclusive sobre as limitações que isso representa na vida da criança

*Quando a gente vê uma criança queimada fica **assustada**, fica pensando: puxa, uma criança tão linda queimada, porque **queimado sempre vai ser um queimado** (Beija-Flor).*

*As histórias de queimadura sempre **chocam** em maior ou menor grau, dependendo das **circunstâncias**, da **idade** e, principalmente, pelo fato disso ser uma coisa **evitável**, mas é um **trabalho profissional** que tem que ser feito (Leão).*

Nas **interações** com os familiares da criança queimada, a equipe se depara também com o *sofrimento da família* e com as dificuldades de fazer com que esta *cumpra as normas* de cuidado da Unidade.

*É muito **sofrimento**, é **sofrimento de você, profissional**, estar convivendo com o **sofrimento da criança e da família** (Girassol).*

*Porque é uma unidade assim que é estressante, tem acompanhante que incomoda mais do que o paciente, desgastante. Tem mães que **não aceitam as normas de atendimento da Unidade**, que tudo para ela está liberado, quer fazer da Unidade a casa dela. Quando a família **não colabora**, a gente tem que **cuidar da mãe, do pai, da família toda e da criança**. Isso atrapalha a recuperação da criança (Beija-Flor).*

No seu cotidiano de trabalho, a equipe de saúde vive **sentimentos** de **angústia** com relação ao *sentimento de culpa das famílias*. Encontram-se na literatura estudos sobre os mecanismos de defesa usados pelos familiares de pacientes queimados (LEWIS, 1995): alguns superprotegem a criança como forma

de compensar a situação em que esta se encontra, e ainda para amenizar seu sentimento de culpa com relação à queimadura. Esse mecanismo de superproteção dificulta o atendimento prestado pela equipe.

*Antes do atendimento à criança, as mães que chegam com os filhos queimados, elas **sentem culpa**, ficam agressivas, jogam a culpa para a gente e acham que, como a gente é da enfermagem e vai fazer o procedimento, elas acham que a gente está sendo agressiva. Elas chegam horrorizadas, assustadas... (Beija-Flor).*

As condições psicológicas da criança queimada e da mãe, ou acompanhante-família, interferem no processo de trabalho da equipe de saúde no cotidiano do ambiente hospitalar. Além desse, muitos outros fatores dificultam o equilíbrio emocional da criança queimada hospitalizada, bem como da família, interferindo igualmente no processo de trabalho da equipe de saúde:

*A gente dá o banho, faz o curativo, lava bem, **tira as pelezinhas, as bolhas**, tem que passar bem a **gaze** para ver se a bolha rebenta, se não deixa para não **judiar das crianças**. Se tiver **sonda** para passar a gente chama a **enfermeira**, é ela quem passa. A gente faz os procedimentos junto com a mãe, explica tudo para ela e para a criança (Margarida).*

O *sofrimento da família* é considerado pelos trabalhadores da equipe uma situação que lhes provoca sentimentos de *pena, lembranças da sua família, seus filhos* ou de *sobrinhos*, para aqueles que não têm filhos.

*Depois do atendimento, já estou mais tranqüila. Às vezes eu sinto um **mal-estar**, mas é passageiro, é o fato da gente sentir pena daquela criança. Eu **não tenho filhos**, mas eu **tenho sobrinhos** e sou muito coruja com eles, fico imaginando... (Orquídea).*

*Antes do atendimento, na verdade é aquele misto de **ansiedade** da gente, do profissional, em saber se vai conseguir realizar o trabalho. E também aquele lado pessoal, poderia **ser eu, poderia ser o meu filho** (Coala).*

A *intervenção de grupos externos* ao hospital, bem como a *falta de reconhecimento do trabalho da equipe*, também trazem **sofrimento** a esses trabalhadores

*Quando existe um certo descaso pelo teu trabalho e que outras informações e outras opiniões influenciam e que teu trabalho não é valorizado, ou seja, a **equipe** não está sendo **valorizada**, dá muito sofrimento, essa falta de **reconhecimento** e de **valorização** da equipe... (Bem-Te-Vi).*

A equipe é boa, é ótima, mas às vezes tem essa ONG aqui que a gente não sabe para que, começam essas coisas de falar daqui aí fora. Isso não é bom, nós somos uma equipe bem unida (Andorinha).

Sobre a complexidade do trabalho de uma equipe de saúde, Lunardi Filho (1997) enfatiza que,

em decorrência da sua complexidade, o trabalho hospitalar apresenta uma dimensão coletiva, ao ser realizado por uma equipe de trabalhadores, com informações e graus de qualificação diversificados, que evidenciam a necessidade do trabalho conjunto para sua concretização. Portanto, o êxito desse trabalho depende de cada um e seu resultado só será satisfatório mediante o desenvolvimento de um bom trabalho individual. Mostram-se conscientes da necessidade e importância do trabalho que realizam para o sucesso e o alcance dos objetivos assistenciais e, conseqüentemente, organizacionais (p. 86).

O processo que ocorre com a criança, como conseqüência da queimadura, **intensifica o sofrimento da equipe de saúde**, que vê a criança desfigurada, com a pele destruída. Além da dor física, sofre pela dor da sua imagem deformada, e pela agressão à sua beleza infanto-juvenil. Mas, por outro lado, sente também **satisfação**, quando vê essas crianças recuperadas pelo seu cuidado

*Você vai se **dedicar**, **você vai sofrer**, mas acima de tudo você está vendo um ser que, para ele voltar para a sociedade, ele depende **de você**, então procura fazer tudo por aquele ser, aquela criança, porque a sua **melhora, o sucesso da criança**, vai depender de quem **cuida, do cuidador** (Gavião Selvagem).*

*Antes ou depois do atendimento, quando a gente fica sabendo como aconteceu, a gente tem momentos que **fica indignado**, como pode acontecer uma coisa que é evitável, que vai gerar um **sofrimento para a família** e principalmente para a **criança**, que vai ter as **seqüelas** para o resto da vida, então a gente fica com essa indignação (Pato).*

Eu sempre penso: meu Deus, que cruz. Porque é uma cruz para o resto da vida das mães, da família, da criança. Fico com pena, com muita pena, aquela menina ali, eu morro de pena. Ela não foi nossa paciente desde o início, veio de outro hospital, mas eu peguei um carinho com essa menina, é uma adolescente cheia de seqüelas, o que vai ser da vida dela? (Beija-Flor).

Percebeu-se que os trabalhadores acompanham o rompimento do processo de busca de felicidade dessas crianças e sua substituição pela dor e sofrimento. Manifestam preocupação com relação à sua *responsabilidade na recuperação* dessas crianças e às possibilidades que irão lhes proporcionar para o enfrentamento desses processos de desfiguração da sua pele e de reconstrução da sua imagem. Nessas *possibilidades de recuperação da criança* está também a **satisfação** da equipe em **cuidar da criança**

*Eu me sinto **responsável** naquele momento que estou ali. Eu faço isso com cada paciente, mas naquele momento que eu estou atendendo eu me dedico àquilo que eu estou fazendo e tento fazer o **melhor possível para aquela criança** (Coala).*

Nas **interações com a equipe** foram identificadas manifestações dos trabalhadores sobre a *organização do trabalho, a valorização da equipe pelas famílias*, as reuniões de trabalho da equipe e a união da equipe. A esse respeito, Lunardi Filho (1997) salienta que

A valorização do trabalho da enfermagem, traduzida por demonstrações de gratidão, comentários positivos acerca do trabalho realizado e o reconhecimento geral gera sentimentos de profundo prazer, muito embora, na maioria das vezes, o reconhecimento pelo trabalho e o prazer que confere tem se restringido, apenas, ao paciente, que sempre dá um retorno, por meio de seus gestos, atitudes ou palavras. Por outro lado, o sentimento de dever cumprido, após a realização de tudo o que tinha de ser feito e apesar de um dia de excessivo e cansativo trabalho, também se constitui em gênese de prazer no trabalho (p. 85).

Os dados empíricos corroboram essas afirmações de Lunardi Filho (1997), uma vez que os trabalhadores manifestam um *prazer muito grande* com a *valorização do seu trabalho pela família*, considerando-se gratificados por essa valorização.

*Muitas vezes a gente se sente até **gratificada**, porque a gente sabe que o trabalho da gente é muito importante. Principalmente quando a família é uma família participante que **valoriza** tuas orientações, que **valoriza o atendimento**, então eu me sinto bem **gratificada**. Eu acho que quando tu consegues desenvolver um trabalho bom que é **valorizado**, não precisa ser assim, ficar falando, falando, mas pelas atitudes do outro a gente se sente muito gratificada e dá um **prazer muito grande no trabalho** (Bem-Te-Vi).*

Ainda com relação à **organização do trabalho**, porém no que diz respeito a competências da instituição hospitalar, as manifestações foram sobre os *baixos salários*, a *falta de funcionários*, acarretando *sobrecarga de trabalho*, a *valorização profissional* e a *falta de possibilidades de capacitação profissional*

*O Estado não **capacita o** funcionário para nada do que ele trabalha, espera que a pessoa faça um concurso onde não se exige nada, exige um profissional com um diploma na mão e espera que ele atenda as especialidades mais difíceis, mais complicadas, sem fornecer sequer um minuto de capacitação, sendo que o salário do Estado não dá condições financeiras para capacitação (Flora).*

***Qualidade de vida no trabalho** é a **questão salarial**, o achatamento salarial, também passa pela questão da **valorização profissional**, **falta de funcionários** e há uma **sobrecarga** muito grande, hoje somos duas para atendimento de todo o hospital. Essa qualidade de vida profissional fica prejudicada, você acaba não podendo desenvolver um trabalho de qualidade como a gente gostaria, você fica fazendo só o emergencial (Girassol).*

As decisões externas à Unidade, que atingem os trabalhadores, por exemplo, quando há falta de funcionários em algum setor do Hospital e é designado um *da equipe da Unidade* para fazer a substituição, também são situações que acarretam **insatisfação** e insegurança para os trabalhadores da Unidade de Queimados, interferindo na sua qualidade de vida no trabalho

*Quando está calmo aqui, a gente sai de casa e não sabe se vai trabalhar no queimados. Eles **tiram funcionário** daqui para outro setor. Isso não é no trabalho, isso é **prejudicial à qualidade de vida no trabalho**. Não só eu fico irritado, as outras pessoas, outros colegas também. Faltou fulano e a gente tem que ir lá. E aqui também não pode ficar um funcionário com cinco queimados. Agora, com esse menino grave, eles tiraram pessoal do **setor**, **isso não é certo** (Peito de Ferro).*

A esse respeito, Lunardi Filho (1997) salienta que “mágoa, tristeza, humilhação e aborrecimento são formas de sofrimento que dizem respeito às transferências de setor ou de turno de trabalho, sem consulta prévia, que são acatadas pelo medo de demissão” (p. 88).

Portanto, o trabalho, como atividade humana, é um processo que pode trazer **satisfação e sofrimento**, através das interações que ocorrem no cotidiano dos trabalhadores. Os dados deste estudo mostraram que o trabalho de atendimento à saúde em ambiente hospitalar, particularmente dirigido às crianças queimadas, pelas

suas peculiaridades, intensifica as vivências de **satisfação-sofrimento dos trabalhadores**.

Foi identificada nas manifestações dos trabalhadores a busca de apoio, como forma de superação do seu sofrimento e do outro, e também para se manterem saudáveis e melhorar sua qualidade de vida no trabalho, o que é apresentado a seguir.

6.2 Buscando Apoio em Si Mesmos e nos Outros: Ele-ele mesmo, Ele-equipe-criança-família, Ele-fora do trabalho

Tendo como foco o sujeito com ele mesmo, com os outros seres humanos e o ambiente e a integração entre **razão e sensibilidade**, bases do referencial que orientou o estudo, identificaram-se **três dimensões** como formas de apoio que os trabalhadores da equipe de saúde buscam cotidianamente, para superar o seu sofrimento, ajudar o sofrimento do outro, manterem-se saudáveis e melhorar a sua qualidade de vida no trabalho: **Ele-ele mesmo, Ele-equipe-criança-família, Ele-fora do trabalho**.

A primeira dimensão é o trabalhador consigo mesmo – **Ele-ele mesmo** –, cujos componentes são: *rezar; desenvolver energia para enfrentar, para ser forte; ter coragem; controlar as emoções em busca de equilíbrio; desenvolver dedicação e abnegação no trabalho*.

*Antes do atendimento eu **oro, eu peço a Deus** que me ilumine e que me abençoe naquele dia e que nada de mal me aconteça, e, graças a Deus, ao Senhor, acho que a mão de Deus está sempre presente, pairando sobre nossas cabeças. Eu tento levar esse dia da melhor maneira possível. Tento levar da maneira mais tranqüila, para fazer com que **tudo aquilo que eu faço seja benéfico para o paciente** (Gavião Selvagem).*

*Tem pessoas que choram na hora do banho. Não é que eu não tenho sentimento, a gente se enche de **coragem** para enfrentar isso. A gente já pegou bastante grande queimado, tem **que ter coragem** para colocar na banheira. Como o fulano que te falei, nossa, ele sangra muito, e gritos e gritos, a gente não esfrega, mas para ele é difícil (Andorinha).*

*Durante o atendimento a gente tem que **ter força**, tu estás aqui, tens que fazer, não podes ficar pensando: coitadinho, coitadinho, porque vai ter que ser feito, é*

difícil, é, é difícil pra gente, é mais difícil para a família. Tens que fazer que teu coração é duro, mas não é, tens que passar a mão e fazer (Beija-Flor).

Mendes e Morrone (2002) citam a definição de estratégias defensivas, entendidas como “os mecanismos utilizados pelos trabalhadores para negar ou minimizar a percepção da realidade que os faz sofrer” (p. 33).

Pitta (1994) também trata dessa mesma questão:

[...] para entender alguns mecanismos pelos quais a “vocação” para o trabalho em hospitais se institui e mantém, apesar do trabalho duro, de esforço físico e do penoso lidar com dejetos e situações mais desfavoráveis dos usuários dessas instituições, parece ter na sublimação uma forma de lidar com as pulsões instintivas, transformando-as em atos e atividade socialmente reconhecidos e possibilitando a realização transacional do desejo num caminho alternativo à repressão (p. 77).

Para enfrentar dificuldades no trabalho, Dejours (1992) considera a utilização de mecanismos de defesa e de estratégias defensivas, utilizadas de forma individual ou coletiva pelo trabalhador, para auxiliar a diminuir o sofrimento, amenizar a ansiedade, a culpa, a incerteza e tantos outros sentimentos negativos que podem surgir na complexa relação com pacientes em uma organização hospitalar.

Controlar as emoções, em busca de equilíbrio, é igualmente um mecanismo de defesa utilizado pelos trabalhadores para manterem-se saudáveis e poderem realizar seu trabalho na saúde. Nesse sentido, Mendes (1994) salienta que “as estratégias coletivas de defesa podem permitir ao sujeito uma estabilidade na luta contra o sofrimento, que, em outras situações, seria incapaz de garanti-la apenas com as suas defesas individuais” (p. 65).

Na compreensão dessa autora,

a estratégia defensiva pode tornar-se um objetivo em si mesmo para enfrentar as pressões psicológicas do trabalho, o que leva a um processo de alienação, e, assim, bloquear qualquer tentativa de transformação da situação vigente. Quando essas estratégias se estabilizarem, surge o desencorajamento, a resignação diante de uma situação que não gera mais prazer, mas só sofrimento (MENDES, 1994, p. 66).

Dejours (1992), por sua vez, salienta ainda que o sofrimento criativo não é sinônimo de satisfação e sim uma forma de evitar descompensações que podem até resultar, ou não, em uma vivência de satisfação.

*Apesar de tantos anos aqui dentro, eu ainda me emociono, a gente tenta **controlar** um pouco as nossas **emoções**, precisa, até para a gente poder continuar trabalhando tem que manter o **equilíbrio emocional**. Trabalhar dentro de um hospital não é fácil, todos os profissionais aqui dentro que se **envolvem** de verdade, que **se doam**, acabam se envolvendo emocionalmente. Muitas pessoas, várias pessoas **sofrem junto o com paciente**. A gente tenta **manter o equilíbrio**, se não vai chorar todo mundo junto e ninguém vai fazer nada (Girassol).*

*Durante o atendimento, tem umas crianças que tu te emocionas, porque como que tu vai pegar uma criança queimada, toda queimada, como o fulano que a gente deu banho hoje, com todo aquele sangue naquela banheira... Então **a gente segura** para não se **emocionar**, para poder fazer aquele trabalho (Andorinha).*

Uma segunda dimensão – **Ele-equipe-criança-família** – foi encontrada, em que o processo é de busca do trabalhador com a equipe, a criança e a família. Essa busca de apoio se dá por meio de reuniões com a equipe e as famílias, e também brincando, conversando e cantando com as crianças.

*A Unidade é o que **é pelo trabalho em equipe**, todo mundo joga no mesmo time. Por mais que a Unidade esteja cheia, acaba sendo gratificante trabalhar, ver as coisas irem para frente, as coisas funcionam, se tu tem alguma **dificuldade tem a quem recorrer**. A gente **se ajuda**, isso **é bonito**, a gente não vê isso em outras unidades, e **isso aqui é muito forte** (Pato).*

Esse dado coaduna-se com o que encontrou Pitta (1994) em pesquisa realizada em outra unidade de queimados de um hospital. Segundo seu relato, a Unidade de Queimados “lidando com quadros dramáticos, quer de natureza física ou emocional [...] acumula numa pequena área fechada uma quantidade significativa de problemas intensos. Apesar disso, foi um dos locais de maior coesão intra-equipe” (p. 155).

É um momento bastante angustiante, a gente tem sempre essas famílias aqui, não é um dia ou dois, é sempre. Eu acho que se a gente não parar para fazer essa discussão, esse **desabafo com a equipe**, a gente corre o risco de também estar, daqui a pouco, lesada, porque é muita informação, é muita angústia, a gente tem que trabalhar isso também. Então, esse momento após a reunião com a família, reunir com a **equipe, estar trabalhando** isso, a gente está **se tratando**, digamos, e

também está tendo mais subsídios para **estar melhor para atender** outras pessoas. Porque se a gente se satura, como vai poder ajudar? (Mel).

Brincar, cantar, conversar com a criança e com a família durante os cuidados diretos e indiretos ameniza o sofrimento da criança, da família e da equipe, criando um ambiente agradável, de bem-estar e de alegria:

*Eu brinco um pouco, porque na hora do banho eles choram, é um sofrimento, a gente sente dor com eles. Mas a gente começa a **cantar e brincar**, a gente tenta distrair a criança e amenizar esse sofrimento. É do meu jeito, é uma coisa minha, eu preciso fazer isso, assim consigo fazer tudo que tem que ser feito (Lua).*

Nesse sentido, Pitta (1994) cita o trabalho de Liboulan (1985) que, ao analisar cargas psíquicas num ambiente hospitalar, identificou cinco tipos de estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores para proteger-se da sobrecarga emocional e afetiva, em face do contato com a dor e o sofrimento. Esses tipos de estratégias são:

1^a- a coesão interna entre a equipe baseada numa ajuda mútua; 2^a- a *hiperatividade verbal* ou cinética como modo de afastar angústia; 3^a- o *absenteísmo* como expressão da falência das defesas competentes para o enfrentamento de dificuldade; 4^a- a *verbalização* de questões não vinculadas ao trabalho – os chistes e as anedotas como válvula de escape da tensão; e 5^a- a *agressividade reativa* contra o paciente por meio de zombarias, colocações cínicas e ridicularizações como fumaça encobridora de sentimentos de culpa desencadeados pela exibição do sofrimento do outro, evitando que se coloquem numa posição de fragilidade, passividade e sensibilidade (PITTA, 1994, p. 155-156).

Os resultados da pesquisa de Lunardi Filho (1997), por sua vez, mostram que, para os trabalhadores de enfermagem, harmonia, união, respeito, compartilhar experiências, são situações que tornam o trabalho melhor, menos penoso e sofrido, e conseqüentemente proporcionam uma melhor qualidade de vida no trabalho.

Nas palavras desse autor, esses trabalhadores

acreditam que um clima de harmonia, compreensão e respeito e o conseqüente relacionamento amistoso e cordial favorece o compartilhamento de experiências, vivências e conhecimentos, bem como oportuniza condições do livre exercício de expressão para opinar e sugerir, acerca das questões assistenciais. Estas quando

acatadas ou levadas em consideração, são percebidas como situações que conduzem a um trabalho melhor e mais prazeroso (LUNARDI FILHO, 1997, p. 87).

Da mesma forma, identificou-se neste estudo que manter no trabalho um clima de harmonia, compartilhar alegrias e tristezas, união e apoio são condições que proporcionam ao trabalhador uma melhor qualidade de vida no trabalho

Eu e minha colega temos que estar sempre de bem com a vida, compartilhando das alegrias e tristezas, ela e eu e vice-versa, um se apoiando no outro, porque daí a gente fica forte. Ficamos unidos pela mesma razão, pela mesma emoção e aí sim, aí a gente faz um trabalho, esse trabalho que você vê no dia-a-dia, um trabalho bonito e que nos causa satisfação e melhora nossa qualidade de vida no trabalho (Gavião Selvagem).

Os trabalhadores manifestam-se sobre a necessidade de receberem **cuidados** por parte de um *profissional de psicologia no trabalho*. Na opinião deles, esses cuidados proporcionariam uma melhora na sua qualidade de vida, tornando-os *mais aliviados, mais tranquilos, mais seguros, uma forma de se tratar para cuidar dos outros*

*A gente tinha psicóloga aqui e a gente botava tudo para fora, o que a gente **sentia**, era bom. Elas vinham **conversar, faziam palestras**. Hoje não tem mais psicóloga. Ficou ruim assim, acho que deveria ter psicólogo, **para os pais e para nós**, porque a gente pode expor tudo o que a **gente está sentindo**. De 15 em 15 dias elas vinham aqui, a gente se **sentia aliviada**. Elas passavam **coisas novas para nós** (Jabuticaba).*

Patrício et al. (1999), em suas análises, afirmam que o trabalho provoca ao mesmo tempo situações de satisfação e de sofrimento “com significado de catarse, como promotor de momentos estéticos no cotidiano de produção de recursos de sobrevivência e de transcendência. Pelo próprio trabalho o ser humano se transforma enquanto ser individual e coletivo” (p. 351).

Uma terceira dimensão encontrada refere-se à busca de apoio por parte do trabalhador fora da Unidade, caracterizando-se como **Ele-fora do trabalho**, por meio de sentimentos e atitudes como buscar outras crenças; telefonar fora do

horário de trabalho para ter notícias das crianças; rezar em casa pela saúde das crianças; rezar a caminho do trabalho

*Quando eu entrei aqui fiquei revoltada, fiquei revoltada até com Deus. Porque as crianças estão sofrendo demais? Daí eu fui ao **Centro Espírita**, Deus sempre toca a gente. Isso ajudou, **amenizou o meu sofrimento**. Penso assim: **ajudou** muito porque nunca vi tanto **sofrimento**, é muito sofrimento. Por que sofrem tanto? (Lua).*

*A gente faz muita corrente, eu faço muita **corrente de oração**, muita **oração para ele**, estou pedindo muito para que Deus consiga tirar essa criança disso, tão pequenino, bebê, sofrendo tanto. Então, isso mexe comigo, quando eu estou em casa penso nele o tempo todo, **ligo de casa para** saber como ele está. Porque é assim, é um paciente que está bastante tempo com a gente e a gente fica chateada, a gente quer que ele saia disso. **Deus tem que tirar essa criança disso** (Jabuticaba).*

Para Duarte Junior (1988), “o **sentir é anterior ao pensar**, e compreende aspectos perceptivos (internos e externos) e aspectos emocionais. Antes de **ser razão, seres humanos são emoção**” (p. 16, grifos da pesquisadora).

*Quando eu **saio da minha casa, eu já venho pensando** assim, por exemplo, esse menino que está conosco, ele está aqui há 75 dias. Eu já saio de casa pensando, meu Deus, como será que ele está hoje? Porque quando eu saio pela manhã ele está de um jeito e quando volto à noite ele já está de outro, **como ele passou durante a noite**, e quando retorno à noite ele já está mais prostrado. Como será que ele está? Venho com isso na cabeça. No momento que botei o pé aqui dentro já vou saber com o pessoal como ele passou o dia, como ele está, como será que ele vai prosseguir durante a noite. Aí o pessoal fala que ele está estável, penso: ai meus Deus, e a noite tomara que ele passe bem (Jabuticaba).*

*Queira ou não, quando tem um paciente grave na Unidade, tu vais para casa, tu pensas: será que ele está melhor? Como ele está passando? Porque o teu dia-a-dia é com ele, então tu **acostumas com a criança**, então tu ficas: ai, meu Deus, **como ele está**? Será que está **bem**? Será que **melhorou**? Será que vai estar vivo no próximo plantão? Tu queres **bem à criança**, tu trabalhas o dia todo com ela, então no próximo plantão tu queres chegar aqui, encontrar ela com **vida**. Será que ela está bem agora? (Beija-Flor).*

Percebeu-se nas manifestações e no cuidado prestado que há um comprometimento dos trabalhadores da Unidade para com a recuperação das crianças queimadas. Seu envolvimento no trabalho vai além dos procedimentos cotidianos; eles dedicando afeto e carinho às crianças, brincando com elas, demonstrando sentimentos de ternura (tocar, acariciar, abraçar), sofrendo com a dor

ali presente e, além disso, mesmo fora do trabalho, mantendo-se vinculados às crianças.

Identificaram-se nos trabalhadores manifestações de preocupação constante com as crianças, mesmo estando fora do seu ambiente de trabalho, o que de certa forma mostra a dinamicidade **satisfação e sofrimento** também quando estão em processo de **busca de superação** do seu **sofrimento** e da **melhora da saúde do outro**.

6.3 Qualidade de Vida no Trabalho para os Trabalhadores da Equipe de Saúde da Unidade de Queimados que Prestam Cuidado às Crianças

Analisando estudos sobre a qualidade de vida do trabalhador, as imagens que se tem é de um ser com alegrias, tristezas, valores, crenças, satisfação, sofrimento, dor, prazer, felicidade, afeto, amor, paixões, dedicação pelo outro e compaixão, como por exemplo: Ferguson (1980); Capra (1982; 1996); Arendt (1983); Dejours, (1992; 2000); Codo (1996); Codo; Sampaio (1993; 1995); Leopardi (1994; 1999); Pires, (1996); Lunardi Filho; Mazzilli (1995); Lunardi Filho (1997); Mendes; Borges; Ferreira (2002); Mendes; Tamayo (2001); Patrício; Casagrande; Araújo (1999); Grosseman (2001); Faria (2001); Casagrande (2002); Pfeifer (2003); Krawulski (2004); Renck (2004).

Este estudo mostrou que a **qualidade de vida** dos trabalhadores da equipe de saúde que presta cuidado às crianças internadas na Unidade de Queimados **depende das interações** com essas crianças, com a família e com a própria equipe. Observou-se nas suas manifestações que a **dinâmica satisfação-sofrimento vivenciada repercute na sua qualidade de vida no trabalho**.

Foram identificados como **componentes que promovem uma melhor qualidade de vida no trabalho** dos trabalhadores com relação às **interações com a criança**: ver a criança recuperada e ter um bom relacionamento com ela; saber que cuidou bem da criança; fazer bom trabalho com a criança; atender bem a criança.

Quanto às **interações com a família**, bom relacionamento com a família; ser respeitado e valorizado pela família e atendê-la bem são os componentes que melhoram a qualidade de vida da equipe no trabalho.

E esses componentes nas **interações com a equipe** são os seguintes: compartilhar alegrias e tristezas com os colegas; sentir que há união pela mesma razão e pela mesma emoção; ter profissionais que cuidem da saúde da equipe; ter espaço na equipe; saber lidar com adversidades; trabalhar sem interferências externas ao hospital; estar interligado com a equipe; união entre colegas; ter um bom ambiente de trabalho; ter bom humor no trabalho; ter infra-estrutura adequada para o atendimento à criança queimada.

Os **aspectos individuais** importantes para a qualidade de vida desses trabalhadores são: ter reconhecimento por parte da chefia; ter qualificação; ver o trabalho da equipe reconhecido; aspecto espiritual; aspecto financeiro; doar-se; estar bem consigo mesmo; ter prazer no trabalho; ter boa qualidade de vida fora do trabalho; fazer o trabalho para o qual você foi contratado; ter estímulo no trabalho; crescer pessoalmente; fazer novas amizades no trabalho; adquirir novos conhecimentos e ter qualificação

*Para a minha qualidade de vida no trabalho, isso tudo significa uma lição de vida para mim. Tu aprendes, tu consegues ser humano. Não ser assim vai ali fazer por fazer. **É pessoa a pessoa**, tu convives com pessoas de classe média, baixa e alta, e que o **sofrimento é igual**, não tem pouquinho, toda mãe, seja pouquinho queimado, médio queimado e grande queimado, a **mãe sofre**, a **criança sofre** e a **gente sofre**. **Qualidade de vida no trabalho é atender bem** (Iza).*

Patrício (1999) considera que a **qualidade de vida do ser humano** expressa **qualidade de sua saúde**, suas **possibilidades e limitações individuais e coletivas**. Representa o processo de satisfação de suas necessidades primitivas e culturais de sobrevivência e de transcendência, como ter comida, conhecimento, ter abrigo e trabalho digno. A saúde está relacionada à **qualidade das interações** que o ser humano desenvolve no decorrer de todo seu processo de viver, desde o útero materno, incluindo sua participação efetiva nessa construção. Um ser humano pode ser possibilidade ou limitação para o **viver saudável** dos seus semelhantes, na interação direta ou indireta, através das repercussões no ambiente.

Portanto, o ser humano saudável, em toda a sua trajetória de vida, busca a **satisfação**, **tenta minimizar o sofrimento** e **busca, ética e esteticamente, a**

superação das limitações, em função de uma **melhor qualidade de vida**, inclusive no **ambiente de trabalho**.

Para Patrício (1999), essa busca envolve

a questão ética e estética sobre o processo de viver. A ética da sensibilidade, das reflexões sobre valores humanitários, das preocupações com as culturas e necessidades da atitude, da expressão e aceitação da liberdade, da sensibilidade no ver as coisas da vida com criatividade e solidariedade; do prazer em viver e causar prazer nos outros; da participação ativa e inteira do sujeito na vida (p. 63).

São as atitudes de **cuidar** que valorizam a qualidade das interações humanas com o ambiente natural e social

Qualidade de vida no trabalho é estar **bem** trabalhando, **ter prazer em trabalhar**. Quando o trabalho começa a trazer muito sofrimento, isso para mim não é qualidade de vida no trabalho. A gente tem **sofrimento**, quando a gente tenta fazer tudo que está certo junto com eles [as crianças e família] a gente constrói esse certo, seguir as rotinas porque é um hospital, mas às vezes a gente não consegue aquele objetivo que a gente quer. Viver bem fora daqui, se divertir, ter uma boa **qualidade de vida fora do trabalho** é muito importante, para trazer um bom humor, uma boa disposição (Mel).

É uma unidade onde a gente vê mais resultado. Qualidade de vida para mim é tu consegues fazer aquilo que tu veio fazer, aquilo que fostes contratada. E, vendo o resultado, a gente se sente estimulada a continuar trabalhando, ter o teu espaço dentro da equipe, saber lidar com as adversidades. Então, dentro da Unidade de Queimados, é muito legal, e cada vez que eu consigo alguma coisa, por menor que seja, aquilo me dá **satisfação** para continuar fazendo cada vez mais e cada vez melhor. Então, para minha **qualidade de vida dentro do trabalho**, eu acho importante essa **evolução**. Temos **sofrimento e satisfação** também. É a gente conseguir efetivamente fazer o que precisa ser feito para ajudar cada uma dessas crianças (Coala).

Nesse sentido, Dejours (2000) situa e caracteriza a **dinâmica satisfação-sofrimento** no trabalho, salientando que

o trabalho tem efeitos poderosos sobre o sofrimento psíquico. Ou bem contribui para agravá-lo, levando progressivamente o indivíduo à loucura, ou bem contribui para transformá-lo, ou mesmo subvertê-lo, em prazer, a tal ponto que, em certas situações, o indivíduo que trabalha preserva melhor a sua saúde do que aquele que não trabalha (p. 21).

Portanto, é no próprio trabalho que alguns trabalhadores encontram possibilidades de **superar insatisfações e melhorar sua qualidade de vida**, por

meio do **convívio, na sociabilidade e na solidariedade**. Para Patrício et al. (1999), “o trabalho movimenta... trabalho é vida. Sendo assim, o trabalho é importante para uma melhor qualidade de vida” (p. 355)

*Depois do atendimento, eu sei que fiz tudo para que aquele paciente pudesse se sentir bem naquele dia, isso me dá **sensação de paz e tranquilidade**, me **conforta**. Sabendo que eu participei ativamente, aí eu saio daqui tranqüilo, satisfeito, com uma sensação de **conforto** no íntimo na minha alma (Gavião Selvagem).*

*No momento que eu termino minha atividade com a criança, que eu procuro fazer **da melhor forma** para o paciente, eu **saio dali satisfeita com o que eu fiz** e bastante conformada com aquele ato que eu pratiquei... Eu fico bem **satisfeita, grata** mesmo, por tudo que eu fiz aqui dentro para eles (Jabuticaba).*

A **dinâmica satisfação-sofrimento** no processo de trabalho repercute na qualidade de vida no trabalho da equipe da saúde de modo relacionado ao *bem-estar da criança, ao poder ajudar na recuperação da mesma, ao fazer o bem para aquela criança*

*Isso aí para mim é uma **grande vitória**, eu estar fazendo todos esses procedimentos com essas crianças... Um dia vou encontrar ele na rua, vou pensar: graças a Deus essa criança foi um vencedor e eu **ajudei a progredir** no tratamento dele e graças a Deus essa criança conseguiu sair disso. Eu fico bem satisfeita, grata mesmo, por tudo que eu fiz aqui dentro para ele. **Qualidade de vida no trabalho** é tudo **que eu faço de bem com a criança**, para mim isso é uma qualidade de vida no trabalho, tudo que **eu fizer de bom para ele**. A minha qualidade de vida no trabalho é mostrar um **bom trabalho** (Jabuticaba).*

*Qualidade de vida também tem o lado **financeiro**, mas também para a gente crescer, fazer novas amizades, adquirir novos conhecimentos com os cursos oferecidos pela Unidade. Para mim é muito gratificante. Eu trabalho na clínica que é minha, deveria ficar só lá, nem precisaria correr tanto, mas é muito gratificante. Eu **cresci** muito com isso, para o meu **lado espiritual**, é muito bom, sinto necessidade de vir trabalhar aqui, **me doar**, de fazer esse trabalho, eu trabalho aqui porque realmente eu gosto (Orquídea).*

O trabalhador que não vivencia a **satisfação** diretamente no trabalho entra em situações geradoras de sofrimento, “processo que tem origem no conceito de mobilização estudado [...] e se caracteriza pelo uso dos recursos psicológicos do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho” (MENDES; MORRONE, 2002, p. 37).

Portanto, a dinâmica **satisfação-sofrimento** presente no trabalho da equipe de saúde estudada é **significativa** para a **qualidade de vida no trabalho**, enquanto movimento que possibilita ao trabalhador manter-se saudável num

processo de **busca da superação das situações** que limitam essa **qualidade de vida**

Para mim é muito bom trabalhar aqui. Eu, como pessoa, melhorei, a gente se dá conta que é feliz em vários sentidos, sempre agradeço todos os dias, foi muito bom eu ter vindo trabalhar no Hospital (Rosa).

Eu vou embora com a consciência tranqüila, porque, graças a Deus, eu procuro não deixar falha (Andorinha).

A importância do **cuidado à criança**, a experiência de *orientar outras crianças*, evitando com isso que venham a se queimar, a *felicidade em ver a criança recuperada*, a *união entre a equipe*, *atender bem* e a *contribuição do trabalhador para a vida dos familiares e da criança* aparecem como elementos significativos na **qualidade de vida no trabalho** dos profissionais participantes desse estudo.

A busca de **superação do seu sofrimento e do outro** é uma dimensão que traz possibilidades de melhorar a **qualidade de vida no trabalho**, e de **ser e viver saudável**

*Para mim é muito importante **cuidar da criança queimada**. Daí a gente vai para casa, encontra com mães, recomenda os cuidados para não deixar as crianças queimarem, porque as crianças sobem no fogão, eles abrem a porta do forno e sobem ali. A gente explica para as mães, em casa também a gente cuida dos filhos, ensina para não queimar. A gente fica **feliz** quando vê a criança melhor, como fica **triste, chateada**, quando chega no plantão a criança não está melhor, em vez de progredir não progride. Qualidade de vida no trabalho é também a **união** entre os **colegas de serviço**, com as **mães, atender bem**, se dar bem com as pessoas (Margarida).*

*É difícil, é uma profissão difícil, principalmente numa instituição pública onde trabalhamos com clientela de baixa renda, carente em todos os sentidos, não só financeiro, mas na carência em geral. Famílias extremamente carentes, e que você sente que você é um pedacinho que vai entrar na vida deles em um determinado momento, e que de alguma maneira você vai dar uma **contribuição**. Isso é **gratificante** (Girassol).*

Esse processo de **viver saudável** do ser humano, conforme já mencionado, está relacionado à qualidade das interações que tem consigo próprio e com seus semelhantes. **Ser saudável** é saber **buscar, desenvolver e identificar as possibilidades e limitações de viver mais ou menos saudável**. Esse é o processo que os trabalhadores da equipe de saúde desenvolvem na **busca de superação do**

seu sofrimento e do outro, e que lhes possibilita **transcender a essas situações, mantendo-os saudáveis, cuidando de si e dos outros**.

Assim, o trabalho como ação humana que produz bens e serviços representa não somente um meio de satisfazer necessidades de sobrevivência, mas também de transcendência: realizações pessoais, individuais e coletivas, enquanto sujeito que transforma para si e para os outros seres humanos.

Portanto, as necessidades individuais dos trabalhadores para melhorar sua qualidade de vida no trabalho estão relacionadas às suas *possibilidades de interação com o outro, de crescer espiritualmente, de conviver, de adquirir novos conhecimentos*, o que repercute na melhora da sua saúde e na qualidade de vida no trabalho

*Eu vejo todo esse trabalho como ensinamento, uma aprendizagem para mim, do sofrimento da paciência, porque a gente tem que ter paciência e sentimento também. As pessoas dizem porque a gente trabalha na área de enfermagem tem que ser fria, dura. Eu acho que não, a gente sofre, claro que tem que enfrentar a realidade, não afastar o sofrimento, mas sim ajudar. Mesmo que esteja com pena, tu tens que participar, este é teu serviço. Minha **qualidade de vida no trabalho é boa**, eu me sinto muito bem depois de realizar meu trabalho, eu **gosto muito** do que eu faço, eu **adoro isso aqui**. Todos os dias, quando eu venho trabalhar, eu agradeço muito, porque isso aqui é muito gratificante para mim (Lua).*

***Qualidade de vida no trabalho** existe desgastes, tem o **lado ruim e o lado bom**. No **lado ruim**, nós, aqui no hospital, lutamos com a falta de **material crônico**. Nós temos um **estresse** que é o estresse do salário. A qualidade de vida no trabalho passa pela qualificação também, pela valorização do profissional. No **lado positivo, é que** tudo que a gente tem de **vaidade, de egocentrismo**, tem muito menos do que um milímetro sabe? Essas coisas de **preconceito**, preto, branco, bonito, feio, aquela coisa toda é menos de um milímetro. Por baixo da pele, nós somos todos rosadinhos e, se a gente não cuidar daquele rosadinho, **somos iguais**, ficaremos todos muito feios, aprender que nós somos todos exatamente iguais (Flora).*

Sabe-se que a vida humana tem sido organizada nas sociedades a partir do trabalho. Porém, o trabalho pode ter significados ambíguos para o trabalhador, isto é, como uma atividade que pode trazer sensações de realização ou de “poda”, de **satisfação ou de sofrimento**. Portanto, o ambiente de trabalho onde ocorrem as interações entre a equipe, as crianças e a família, com uma *infra-estrutura adequada*, é **significativo na qualidade de vida** dos trabalhadores

Qualidade de vida no trabalho é você chegar, colocar seu uniforme, ficar no seu setor de trabalho. Ter uma qualidade de vida no trabalho é você vir trabalhar e ter um **ambiente** bom para trabalhar, teu colega de trabalho ser uma pessoa legal também. Se eu não tenho uma boa qualidade de vida no trabalho, venho chateado, mal humorado, e com isso eu estou prejudicando o meu trabalho e o da minha colega, porque eu não trabalho sozinho. Eu me **sinto gratificado** por aquilo que eu faço, pelo trabalho que eu faço no setor, com as crianças queimadas (Peito de Ferro).

Qualidade de vida no trabalho significaria uma infra-estrutura mais adequada ao atendimento das crianças, ou seja, uma sala de cirurgia na Unidade de Queimados, mais um ou dois cirurgiões na Unidade, recursos em termos de curativos, de forma que a gente não fique sobrecarregado. O que compromete a minha qualidade de vida no trabalho hoje é que estamos **sobrecarregados de trabalho** (Leão).

As **dimensões razão e sensibilidade** estão presentes no cotidiano dos trabalhadores da equipe de saúde que prestam cuidado às crianças queimadas, embora suas rotinas sejam prescritas apenas por procedimentos racionais. Os tipos de **procedimentos e a maneira como a equipe realiza o cuidado** podem ser fatores de **acolhimento e de integração da criança com a equipe**, proporcionando uma melhor **qualidade de vida** no trabalho a esses trabalhadores ou, ao contrário, ansiedade e defesas.

Os trabalhadores usam a empatia como forma de aproximação com a criança e a família, num processo de **interação que integra razão e sensibilidade, satisfação-sofrimento, em busca de superação das limitações na qualidade de vida no trabalho**

*Durante o atendimento eu **me coloco no lugar deles**, porque quando a gente queima a pontinha de um dedo tu vê a dor que dá, é uma dor terrível, que nem a gente adulta suporta aquela dor. Eu imagino essas crianças que queimam 30, 40, ou 50% do corpo, como é que uma criança resiste a uma dor dessas? (Jabuticaba).*

*Durante o atendimento, tento **me colocar no lugar da criança e da família**. Muitas vezes a gente está fazendo um procedimento e eles não entendem por que está acontecendo aquilo (Bem-Te-Vi).*

Há um movimento constante no exercício de integração razão-sensibilidade, como uma forma de construção da **dinâmica satisfação-sofrimento e de busca de superação do sofrimento** no atendimento às crianças queimadas

*Durante o atendimento eu me cobro bastante de poder fazer alguma coisa para melhorar aquele sofrimento, aquele momento daquela criança, **tentar aliviar a dor**,*

*tentar minimizar as seqüelas que pode ter por causa da queimadura, então eu me sinto **responsável** naquele momento que estou ali. Eu faço isso com cada paciente, mas naquele momento que eu estou atendendo eu me dedico àquilo que eu estou fazendo e tento fazer o melhor possível para aquela criança (Coala).*

*Antes do atendimento, independente do impacto que causa, a gente sabe que tem um serviço que tem que ser feito, e tem que ser feito da forma **mais profissional** possível, com toda a **humanização** que deve ser dada no tratamento da criança... Minimizando qualquer outro **risco** que a criança venha ter. Porque ela já sofreu uma **agressão**, então a gente não pode agredir mais. Tudo que a gente fizer tem que ser no sentido de **recuperar** (Leão).*

Conforme aponta a literatura, a Unidade de Queimados é uma unidade crítica, ou seja, onde são atendidos “pacientes que necessitam de cuidados contínuos e especializados, em consequência das alterações fisiopatológicas e que supõem a ação de uma equipe de saúde especializada, bem como normas e regulamentos específicos para o seu funcionamento” (BECK, 2001, p. 20).

*Durante o atendimento, quando estou tirando aquelas coisas todas que fazem mal e estou ajudando eles, por mais receio assim que eu sinta, sei que estou fazendo **uma coisa que é o certo**, não estou fazendo errado. É claro que **eu tenho muita pena, tenho muita pena, mas eu estou fazendo certo, e é o que eu tenho que fazer** (Lua).*

*Se eu fiz o **meu trabalho adequado**, eu até me sinto **contente**. Tem pacientes **grandes e pequenos**, então que a **criança maior tenha gostado** do que foi feito, inclusive a **família**, porque os **familiares presenciam o trabalho** que a gente está fazendo (Peito de Ferro).*

Nas interações da equipe no seu processo de trabalho, a **interdisciplinaridade** em unidades críticas, como a Unidade de Queimados, é um pressuposto fundamental. O objetivo comum dos trabalhadores – o bem-estar, a recuperação do doente, o atendimento – deve ser possibilitado por meio da interação. Portanto, manter a especificidade de cada área do saber, por consequência, proporciona aos trabalhadores uma melhor qualidade de vida no trabalho

*Aqui a gente consegue fazer uma equipe **interdisciplinar e não só multidisciplinar**. A gente tem as **reuniões semanais**, onde a gente conversa sobre cada paciente e todo mundo expõe sua opinião e fica todo mundo sabendo sempre o que está acontecendo. É uma unidade boa de trabalhar em termos de*

equipe e em termos de evolução, mas, ao mesmo tempo, também é uma unidade complicada. É uma situação especial, às vezes tem uma carga muito pesada, uma energia muito pesada. Uma cobrança de um com outro, para tentar fazer o melhor possível pelo paciente. É uma equipe, a enfermagem é responsável por uma coisa, a fisioterapia por outra, a nutrição por outra, o médico por outra, então fica todo mundo **interligado**, não é uma cobrança negativa, mas uma cobrança de cada parte (Coala).

Identificaram-se manifestações constantes de *preocupação, indignação e revolta* por parte da equipe com relação ao *cuidado que as crianças recebem de suas famílias*. Os trabalhadores prestam cuidados a crianças lactentes (29 dias a 2 anos) vítimas de acidentes, com 30, 40, 50 e até 70% da Superfície Corporal Queimada (SCQ) em bacia de água quente, café, no fogão ou panela de alimentos na cozinha junto com adultos. Também são atendidas crianças vítimas de agressões por meio de queimaduras – crianças pré-escolares (2 a 6 anos), escolares (6 a 10 anos), pacientes pré-púberes (10 a 12 anos) e pacientes púberes (12 a 14 anos) com queimaduras de até 70% da SCQ – causadas por exemplo, por álcool, explosivos, fogos de artifício, líquidos inflamáveis e eletricidade.

Consideraram-se como uma manifestação **significativa** por parte dos trabalhadores para o contexto deste trabalho as *necessidades apontadas de medidas de prevenção à queimadura*. No que se refere à prevenção, a equipe também procura estender suas atividades para além do Hospital.

Acompanharam-se os programas de prevenção realizados em 2002 e 2003. Em 2004, realizou-se a III Capacitação para Prevenção e Tratamento de Queimaduras para a equipe de trabalhadores da Unidade, e também foram realizadas campanhas de prevenção à queimadura.

Entretanto, a preocupação desses trabalhadores vai além de programas organizados pela própria Unidade de Queimados. Identificou-se nas manifestações dos trabalhadores *uma solicitação de empenho dos órgãos de saúde, federais, estaduais e municipais, e da sociedade em geral, no sentido de prevenir que crianças sejam vítimas de queimaduras, e de possibilitar melhor qualidade de vida à população*.

Neste sentido, em pareceria com a Sociedade Brasileira de Queimaduras, são desenvolvidas, anualmente, campanhas de prevenção. Uma dessas

campanhas, a campanha pela proibição da venda de álcool líquido⁷ nos supermercados, principal agente causal das queimaduras por líquidos inflamáveis, cerca de 70% dos casos, resultou em uma redução significativa nesse tipo de queimadura, segundo relato do atual chefe da Unidade

Continua o álcool, continua o foguete, continua o tambor de óleo que explode, é o trabalho infantil, é o descuido, é a negligência e isso em 16 anos os seres humanos não mudaram, as crianças ainda se queimam pelos mesmos motivos e os pais sempre achando que é, aconteceu, e que a criança só quis pegar o álcool, só quis pegar o fósforo.(Flora.)

Entretanto, recursos jurídicos permitiram a volta da comercialização do álcool líquido, retornando assim esse tipo de acidente, situação que preocupa a equipe da saúde, bem como a pesquisadora, considerando-se que nesse caso houve predomínio do aspecto comercial, em detrimento da qualidade de vida da população.

A respeito da queimadura que tem como agente causador o álcool, Leonardi (2002) salienta que

é menos provável que uma queimadura por fogo direto possa resultar em lesões superficiais, mesmo que por breve período de exposição. Isso parece estar relacionado ao fato de a parte mais externa de uma chama atingir a temperatura de até 1100 °C, temperatura muito superior da capaz de produzir destruição celular irreversível imediata, que é de 60 °C. No caso da chama produzida por agentes inflamáveis, o fogo só se extingue com a combustão completa do produto, aumentando o tempo de agressão à pele (p. 32).

Para os trabalhadores da Unidade de Queimados, a *adoção de medidas de prevenção à queimadura, além de evitar sofrimento para as crianças e suas famílias, possibilita um melhor cuidado por parte da equipe de saúde aos pacientes que estão em tratamento e em filas de espera para serem submetidos a cirurgias reparadoras de seqüelas funcionais ou estéticas. Isso repercute na qualidade de vida desses trabalhadores* no seu ambiente de trabalho, conforme já salientado neste estudo.

⁷Foi criada uma Resolução, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que obriga as empresas a fabricarem somente álcool na forma gel, e com volume máximo de 500 mililitros. A explicação para esta medida baseia-se em que o produto na forma gel não se espalha como na sua apresentação na forma líquida, evitando que o fogo se propague por toda a extensão do corpo. Também está proibido o uso de embalagens e rótulos com imagens que despertem interesse nas crianças ou estimulem a utilização indevida do produto.

Entende-se que, com a adoção dessas medidas, os órgãos de saúde federais, estaduais e municipais e a sociedade em geral cumprem, também, com um dos princípios básicos do SUS, desenvolvido de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, que é “atuar de maneira **integral**, com as ações de saúde voltadas para o indivíduo e para a comunidade, com ações de promoção, prevenção e tratamento da saúde” (NATALINI, 2002, p. 166).

Embora não tenha sido objeto de estudo deste trabalho a forma pela qual as crianças sofrem queimaduras, os trabalhadores da equipe de saúde manifestaram-se, durante o período de observação e no momento das entrevistas, sobre o seu sofrimento diante desse contexto, argumentando que, se houvesse *menos incidência de crianças queimadas internadas com gravidade*, poderiam prestar um melhor atendimento e estar menos sobrecarregados de trabalho.

Portanto, essa é uma **situação de sofrimento** que repercute na qualidade de vida no trabalho desses trabalhadores. Para eles, *seria melhor se não houvesse tanto sofrimento por parte das crianças*, e se essas situações fossem evitadas por meio de *prevenções, educação, melhores condições de vida da população, enfim, de cuidados familiares*, conforme comentários anotados durante a observação neste estudo

*Normalmente, quando chega a criança, a gente muitas vezes tende a fazer um julgamento, pré-julgamento, principalmente quando tu vê que a queimadura está relacionada com **falta de cuidado com a criança**. Às vezes a gente sente até tipo uma **revolta** com a família, não é bem revolta... A gente vê que é falta de cuidado (Bem-Te-Vi).*

*Depois do atendimento eu penso que poderia ter sido uma **situação amenizada**, se aquela mãe, aquele pai, aquela tia ou aquela madrinha tivesse um pouquinho mais de **cuidado**, tivesse mais **vigilância** com aquela criança. Então a gente **questiona**, entre nós, poderia ter **evitado** essa situação se **aquela criança** fosse mais bem **vigiada**, evitado ou amenizado o sofrimento daquela criança. Isso reflete na nossa qualidade de vida no trabalho, poderia ter menos crianças internadas, melhoraria o nosso atendimento. Veja, uma criança com nove meses que estava na UTI, toda queimada com chocolate quente, essa criança não sobreviveu, isso é negligência, isso deixa a gente **indignado, revoltado** (Gavião Selvagem).*

Também a **organização do trabalho**, no processo de trabalho da equipe de saúde, pode gerar uma **dinâmica de satisfação-sofrimento** para os trabalhadores

que o desenvolvem. Sobre esse aspecto, busca-se apoio em Dejours (1992), o qual enfatiza que a insatisfação e a ansiedade podem ser expressões do sofrimento dos trabalhadores. De um lado, a satisfação e a insatisfação podem ser conseqüências das condições de trabalho, tais como ambientes físicos, químicos e biológicos, condições de higiene e segurança

*A Unidade de Queimados passou por várias reformas. Alcancei essa unidade naquela época de esquentar água na chaleira, e fazer debridamentos no setor, as banheiras eram diferentes. Melhorou muito, desde que o médico-chefe atual assumiu a coordenação, não se faz mais **dois banhos diários** e nem **debridamento no setor** (Peito de Ferro).*

*O **queimado hoje mudou**, era uma outra realidade, **bem complicada, bem tenebrosa**, assustava todo mundo, ninguém queria colocar o pé aqui dentro. Não era assim como hoje **tudo pintadinho**, como está hoje. Isso aqui **era feio**, causava **medo, temor** nas pessoas. Hoje não se faz mais **dois banhos diários nas crianças e debridamento** em grandes queimados na Unidade. Graças a Deus o médico-chefe atual modificou isso quando assumiu a Unidade (Gavião Selvagem).*

De outro lado, podem ser conseqüências da **organização do trabalho** no que diz respeito à divisão do trabalho e das atividades, das relações de poder, a responsabilidade, a habilidade para cuidar de pacientes em estado grave e a interação entre a equipe. Nesse sentido, algumas manifestações abordaram a *interação entre setores, a falta de vagas, a não-valorização de determinadas áreas*

*Às vezes acontece, você viu naquele dia que a moça ligou e já queria trazer um paciente e a gente não sabia de nada, estava naquele corre-corre. Isso aí já não é uma qualidade de vida no trabalho, **ligar e já trazer um paciente** para o queimado sem ter quarto pronto, sem ter uma cama, sem ter nada, isso não é **qualidade de vida no trabalho**. Aí se eu recebo o doente vou deixar ali no corredor? Não posso deixar um doente no corredor aguardando que alguém arrume um quarto, ainda mais o queimado que não pode ficar exposto (Peito de Ferro).*

*Nós sempre estamos com cinco ou seis coisas para fazer e nós temos que selecionar uma. Isso causa sofrimento mental, porque nós deixamos de atender equipes e pacientes. E isso é constante, todo dia, é um dano muito grande à **qualidade de vida no trabalho**. Como nós somos **poucos** psicólogos, poucos assistentes sociais, poucos pedagogo dizem: não tem mais vagas e vocês se virem. Nós já temos uma **pré-desqualificação** do tipo vocês **não são necessários**, por isso não **existem vagas** para essas áreas, com o que tem vocês se virem. Como se trabalhar com o **ser humano** fosse assim... (Flora).*

Também no seu processo de trabalho os trabalhadores da equipe de saúde compartilham alegrias, esperanças e desesperanças relacionadas à sua vida pessoal e ao seu trabalho, pois não é possível dissociar a vida pessoal do cotidiano do trabalho. Portanto, o trabalhador não deixa seus problemas, sua história de vida fora da organização. A esse respeito, Seligmann-Silva (1994) enfatiza que a relação trabalhador-família tem duplo sentido, em que, de um lado, está o fluxo das suas vivências familiares para o trabalho, em função da sua subjetividade, e, de outro, a via que conduz, para a sua história pessoal e familiar, conseqüências advindas do cotidiano do seu trabalho.

Em consonância com essas considerações, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) enfatizam que

O trabalhador não chega ao seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais (p. 24).

Patrício (1999) salienta que a subjetividade que emerge do processo e produto do trabalho do ser humano, de alguma forma, mobiliza sua qualidade de vida para vivenciar o prazer e a satisfação do trabalho. Através da mobilização subjetiva, o trabalhador transforma o sofrimento, a partir de uma operação simbólica que é o resgate do sentido do trabalho.

Com relação a esse aspecto, Leopardi (1994) considera “fundamental encontrar um novo sentido para o trabalho, nem como centralidade da vida, nem como marginalidade. A dialética dessa questão repousa na multiplicidade de experiências possíveis através do trabalho e fora dele” (p. 179).

A centralidade do trabalho refere-se ao grau de importância que o trabalho representa na vida de um indivíduo em um determinado momento, independentemente das razões às quais se atribui tal importância. Bastos (1995) define a centralidade do trabalho como “uma crença geral acerca do valor do trabalho na vida do indivíduo” (p. 23).

Leopardi (1994) reforça essa idéia, enfatizando que a ética, a estética, a sobrevivência plena e a liberdade, como dimensões concretas da vida consciente,

implicam um compromisso em busca de qualidade no trabalho como qualidade da própria vida (p. 183).

O mundo do trabalho tem sido uma dimensão significativa, ou pelo processo, ou pelos seus produtos, ou pelos benefícios que possibilita aos trabalhadores na construção da sua qualidade de vida. Patrício et al. (1999) salientam, como exemplo disso, os estudos que dizem respeito à **satisfação** do trabalhador pelo próprio trabalho. E, por outro lado, a **dimensão trabalho repercute negativamente na qualidade de vida do trabalhador** no ambiente de trabalho, na medida em que traz também **sofrimento**, mas ao mesmo tempo é mobilizante em busca de superação.

Portanto, diante da **coexistência da dinâmica satisfação-sofrimento no desenvolvimento do processo de trabalho cotidiano, a busca de superação de limites, por parte dos trabalhadores, é significativa** para a sua **qualidade de vida no trabalho**.

7 SÍNTESE FINAL E RECOMENDAÇÕES

*“Nada é tão puro e tão honesto
quanto a dor e o prazer.”
Rubem Alves (1993)*

“Pode-se viver cego, surdo, privado do paladar e do olfato. Sem a integridade da maior parte da pele, não se sobrevive” (ANZIEU, 1989, p. 248, grifos da pesquisadora).

“Empalidecemos de medo e enrubescemos de vergonha. Nossa pele formiga de excitação e adormece diante de um choque; é espelho de nossas paixões e emoções,” (MONTAGU 1988, p. 30, grifos da pesquisadora).

“A queimadura é a maior agressão a que um ser humano pode ser exposto. Nenhum outro tipo de trauma desencadeia uma resposta metabólica e neuro-endócrina tão intensa,” (PEREIRA et al. 2001b, p. 22, grifos da pesquisadora).

As afirmações acima, associadas ao acompanhamento das rotinas de cuidado e à descrição desse processo, mostram a complexidade do processo de cuidado da criança queimada. E deve-se considerar também que a queimadura põe fim ao sonho do “corpo perfeito” das crianças e dos adolescentes, diariamente estimulados pela mídia e pelos costumes vigentes no atual modelo de sociedade.

Nesse processo de cuidar, as situações de satisfação e insatisfação se dinamizam, tendo como mediador a constante busca de superação dos aspectos que limitam a qualidade de vida e o bem-estar dos trabalhadores da equipe de saúde da Unidade de Queimados, o que, de certa forma, também faz parte do cuidado.

As situações de satisfação repercutem significativamente na qualidade de vida no trabalho dessa equipe de saúde. Identificou-se nas suas manifestações que essa repercussão na sua qualidade de vida no trabalho está vinculada à recuperação e bem-estar da criança, à orientação e conforto à família, às suas interações com a equipe, a aspectos individuais e à organização do trabalho.

Conforme o referencial teórico que orientou o estudo e a análise da descrição do processo de cuidar, a qualidade de vida dos trabalhadores no trabalho

expressa a qualidade de suas interações. Assim, percebeu-se que as **situações de satisfação** para os trabalhadores da equipe de saúde da Unidade de Queimados dependem da qualidade das **interações com a criança, com a família e com a equipe**, identificando-se as possibilidades e limites de melhorar essa qualidade de vida no cuidado às crianças queimadas no ambiente hospitalar.

Por outro lado, as **situações de sofrimento** que os **trabalhadores presenciam** também **repercutem na sua qualidade de vida no trabalho**, na medida em que essas situações provocam neles **sentimentos de sofrimento**, interferindo negativamente na sua qualidade de vida no trabalho.

Conforme algumas contribuições da literatura já citada neste estudo (LEOPARDI, 1994; PITTA, 1994; LUNARDI FILHO, 1997), dentre outras os trabalhadores da saúde, **mesmo com o sofrimento** que enfrentam ao lidar com o sofrimento do outro, a dor, a morte, são trabalhadores que se dedicam ao seu cotidiano com satisfação e gostam do seu trabalho.

Corroborando com a literatura, percebeu-se que a equipe de saúde estudada *gosta das suas atividades, do seu ambiente de trabalho, de prestar ajuda, de amenizar o sofrimento*, enfim, de exercer as práticas de **cuidado** dedicado ao outro.

A **convivência constante do trabalhador**, durante 24 horas por dia, com as crianças e suas famílias ocorre por meio de **interações** diversas e diferentes ações de cuidado nas quais há troca de energia, de empatia, indo além dos atos técnicos. Essa situação peculiar gera não só **situações de satisfação e sofrimento** para o trabalhador, mas origina também um processo de **busca de superação do sofrimento** e das **limitações do trabalho** em que eles tentam amenizar com isso amenizar também o **sofrimento do outro**, melhorar a sua saúde e a própria **qualidade de vida no trabalho**.

Resgatando-se o **Referencial Holístico-Ecológico** (PATRÍCIO, 1995), tem-se que o processo de **viver saudável** do ser humano está relacionado à **qualidade das interações** que tem consigo próprio e com os outros seres humanos e demais naturezas. Isso diz respeito às possibilidades e processo de viver saudável, de manter, recuperar ou promover seu bem-viver, atendendo às suas necessidades de ser, ter, fazer e estar enquanto indivíduo-coletivo.

Nesse sentido, a qualidade dessa vida no trabalho interfere na **saúde do trabalhador**, reforçando Dejours (1992), quando afirma que “o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença, seja a saúde” (p. 164).

A relação da **Ergonomia com a Saúde do Trabalhador** envolve o trabalhador como um todo, estudando as relações entre as condições e organização do trabalho e as manifestações de sofrimento, sejam estas geradas por desgaste físico ou mental, esforço, doenças ocupacionais ou ambiente inadequado de trabalho.

Portanto, as áreas do conhecimento que estudam a relação ser humano-trabalho, em especial a Ergonomia, têm uma ampla abordagem dessa relação, podendo com isso propor aos setores de saúde investimentos e programas que possibilitem uma **melhoria da qualidade de vida no trabalho**, atribuindo importância aos aspectos de **promoção da saúde e prevenção de doenças dos trabalhadores**. Com essa reflexão, pretende-se salientar aqui a importância da **realização de pesquisas** no que se refere à **Saúde do Trabalhador com equipes de saúde** que prestam atendimento a pacientes vítimas de **queimadura** e em outras situações cujo processo de trabalho gere sofrimento.

A respeito da **relação saúde-trabalho**, Dejours (1992) considera “que a vivência do trabalhador ocupa um lugar particular do aparelho psíquico [...] que de alguma maneira é encarregado de representar e de fazer triunfar as aspirações do sujeito, num arranjo da realidade suscetível de produzir, simultaneamente, satisfações concretas e simbólicas” (p. 62).

Segundo Dejours (1992), os trabalhadores têm satisfações concretas e simbólicas: “**satisfações concretas** são aquelas que dizem respeito à proteção da vida, ao bem-estar físico [...] à saúde do corpo [...] as **satisfações simbólicas** são as vivências qualitativas da tarefa. É o sentido, a significação do trabalho que importam nas suas relações com o desejo. [...] não é mais uma questão das necessidades como no caso do corpo, mas dos desejos ou das motivações” (p. 62, grifos da pesquisadora).

Afinal, o ser humano não é só aquele corpo estudado em anatomia, fisiologia, citologia, “[...] é **sentido, é desejo, é emoção...** Esse **corpo é uno, é diverso, é interação, é história**. É, então, **subjetivo**. [...] é um ser biológico em processo de construção social, objetiva-subjetivamente, portanto, para **conhecê-lo**,

para compreendê-lo, é preciso estudar toda essa **complexidade**” (PATRÍCIO; GUERRA, 1999, p. 92).

Com o olhar **holístico-ecológico**, a análise dos dados não focaliza apenas os **problemas**, mas também **o potencial** do trabalhador: suas possibilidades de recuperar, manter, ou promover sua saúde. Assim, esse olhar vê as insatisfações, que **limitam a sua qualidade de vida**; e também seu potencial, que **possibilita melhorar essa qualidade**.

Nesse sentido, os trabalhadores da equipe de saúde buscam transformar **as limitações na qualidade de vida**, mas a questão não é evitar o sofrimento e sim conseguir superá-lo a ponto de manterem-se saudáveis e cuidadores. No cotidiano do trabalho, essa tentativa é feita a partir de **buscas de superação, de transcendência**, o que torna o cotidiano de cuidado um processo dialético: na verdade, esse processo de busca de superação do sofrimento representa também um momento de cuidado de si e do outro, na medida em que os sentimentos, as preocupações e as orações dos trabalhadores para melhorar a saúde das crianças demonstram a continuidade do processo de trabalho.

Assim, esse trabalhador tem de buscar **ser saudável** para manter a **qualidade de vida** que lhe satisfaz, caracterizando um *continuum* de **satisfação-sofrimento-busca de superação das limitações no cotidiano de trabalho e fora deste**.

Portanto, esse processo de **busca constante de superação**, de sofrimento, de saúde, de identificar e transpor as limitações que o seu trabalho impõe, **cuidando de si e dos outros** – Ele-ele mesmo, Ele-equipe-criança-família ou Ele-fora do trabalho –, é o que possibilita a esse trabalhador ter equilíbrio emocional, **saúde e qualidade de vida no trabalho** para **viver-cuidar do outro de forma saudável**.

As **formas de superação** que os trabalhadores **buscam** para se manterem saudáveis e melhorar a sua qualidade de vida no trabalho conduzem também a reflexões sobre o **resgate da sensibilidade e da ética, esta última no que se refere à preocupação e à responsabilidade com o bem-viver do outro**.

Patrício (1995) e autores como Ferguson (1980), Ramos (1981), Capra (1982, 1990, 1996), Crema (1989), Chardin (1989), Weil (1990), Brandão e Crema (1991), D’Ambrósio (1993), Santin (1994), dentre outros que têm teorizado sobre a importância do resgate da **sensibilidade**, entendem que a **qualidade de vida**

mudaria se integrássemos à Ciência esse componente humano. Seria como resgatar nossa **integralidade de razão-sensibilidade** numa mesma unidade, desenvolvendo nosso **caráter ético e estético** para cuidar da vida individual e coletiva.

A busca de apoio em si mesmo e nos outros – **Ele-ele mesmo, Ele-equipe-criança-família, Ele-fora do trabalho** – é uma forma de buscar superação para enfrentar o sofrimento e de ajudar o outro, e uma forma de crescimento pessoal do trabalhador. É amor. É o ser humano na **multiplicidade das expressões** e das **necessidades** que o indivíduo tem no seu interior. É a **transcendência** do ser humano, **integrando razão e sensibilidade**, suas **interações, possibilidades e limitações** de viver mais ou menos saudável.

Como recomendações, entende-se que os princípios do Referencial do **Cuidado-Holístico-Ecológico**, os **Métodos de Pesquisa Qualitativa** e estudos sobre os **Significados da Pele** devem compor os currículos das áreas de conhecimento que trabalham com o **Ser Humano**, em especial a Ergonomia e as áreas da Saúde.

Considerando o atual momento em que os cursos de graduação encontram-se em processo de mudança curricular, entende-se que as reflexões apontadas neste estudo poderão contribuir para a inclusão dessas visões e para abertura dessas linhas de pesquisa nesses cursos. Para tanto, sugere-se:

- resgatar **a compreensão** do ser humano, **integrando razão- sensibilidade**;
- inserir métodos qualitativos de pesquisa no currículo dos cursos de graduação e pós-graduação, em especial a abordagem holística, paradigma que tem como foco **emoções, sentimentos, o sujeito com ele mesmo, com os outros e com o ambiente**, valorizando o fenômeno, dentro do contexto em que este ocorre, e a interação pesquisador-sujeito de pesquisa. A área da saúde trabalha com os sentimentos e as emoções humanas, necessitando portanto desses métodos qualitativos de pesquisa;
- abordar estudos sobre **os significados da pele**, não só como mecanismo fisiológico de regulação do corpo, mas como proteção, expressão de tristeza, dor, paixão, amor, satisfação e sofrimento, afinal é por meio da pele que se dá o processo do toque, do afago de um gesto de amor, do abraço, de momentos de sintonia e de troca de energias para amenizar a dor, manifestar

afeto, carinho, compaixão, enfim, abordar estudos sobre o **“diálogo de pele”** que ocorre nas interações humanas, em especial no **processo de cuidado**.

No que diz respeito à **Ergonomia**, **sugere-se incluir a Teoria do Cuidado-Holístico-Ecológico no estudo da** dinâmica **satisfação-sofrimento e busca de superação de limites** no cotidiano de trabalho, valorizando o ser humano por suas características pessoais: vocações, dons, capacidade de dedicação, qualidade das interações e afeto, seus sentimentos de sofrimento e satisfação, podendo-se, assim, acrescentar para essa área novos olhares aos estudos da melhoria da qualidade de vida do trabalhador no seu processo de trabalho.

Quanto aos aspectos de **promoção da saúde e prevenção da queimadura**, recomendam-se **ações de saúde** voltadas para o indivíduo e para a comunidade, por parte dos órgãos de saúde, além da continuação das campanhas de prevenção feitas pela Unidade de Queimados da Instituição pesquisada. Nesse sentido, compreende-se que há necessidade de implementação de Políticas Públicas de Saúde, nas esferas federal, estadual e municipal, de prevenção a queimaduras em crianças e adolescentes.

Para tanto, sugere-se que sejam realizadas **pesquisas** qualitativas sobre a qualidade de vida das famílias das crianças vítimas de queimaduras internadas na Unidade de Queimados, considerando que esses dados podem fornecer subsídios para tornar **as ações de saúde e prevenção da queimadura eficientes, eficazes e efetivas**.

Finalizando este processo de trabalho que foi realizado com **paixão**, e com **muitas satisfações**, e alguns momentos **de ansiedade**, em **comunhão** com a **orientadora** e com a **equipe de saúde da Unidade de Queimados**, tem-se a sensação de que o mesmo significou um **processo de aprendizagem pleno de crescimento e de transcendência** para a **pesquisadora**.

E, principalmente, tem-se se a expectativa de que o estudo possa contribuir para a realização de outras pesquisas dessa natureza, a ponto de trazer subsídios para **melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores da equipe de saúde** que prestam atendimento às **crianças queimadas**; para compreender a **dinâmica satisfação-sofrimento e busca de superação dos limites** e a **complexidade do processo de trabalho** que vivencia o trabalhador de uma equipe de saúde que se **dedica ao cuidado de crianças vítimas de queimaduras**.

Para encerrar, apresenta-se uma reflexão de Patrício (1999), que sintetiza sobre a **responsabilidade** que se tem no **processo da construção da qualidade da vida**:

Com a mediação dos novos paradigmas talvez seja possível refletir e perceber com clareza o que estamos construindo para nós e para a humanidade atual e futura e, então, mudar nossa forma de abordar os fenômenos humanos [...] É o exercício de integração de nossas potencialidades de razão e sensibilidade – feminino e masculino numa mesma unidade – na intenção de, sem negar nossas particularidades, produzir cada vez mais em contextos inter e transdisciplinares (p. 63).

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. **Estórias de quem gosta de ensinar**. São Paulo: Cortez, 1993.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 1996.
- _____. (Org.). **Psicossomática e a psicologia da dor**. São Paulo: Pioneira, 2001.
- ANZIEU, D. O. **Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.
- ARENDT, H. **A condição humana**. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1983.
- BASTOS, V. B. Significado do trabalho: um estudo entre trabalhadores inseridos em organizações formais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 6, p.20-29, nov./dez., 1995.
- BECK, O. L. **O sofrimento do trabalhador**: da banalização à re-significação ética na organização da enfermagem. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2001.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto, 1994.
- BOEHS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. O que é este “cuidar/cuidado”: uma abordagem inicial. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 111-116, abr. 1990.
- BOWDITCH, J. L.; BUONO, A. F. **Elementos de comportamento organizacional**. São Paulo: Pioneira, 1992.
- BRANDÃO, D. M. S.; CREMA, R. (Org.). **O Novo Paradigma Holístico**: ciência, filosofia, arte e mística. São Paulo: Summus, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução nº 196, de 16 de outubro de 1996. **Coleção de Leis da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/resolucoes.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2003.
- BUSATO, C. de A. **Percepção dos funcionários de uma unidade de queimados em relação à higiene bucal dos pacientes internados**. 2003. 92 p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Programa de Pós Graduação em Odontologia, UFSC, Florianópolis, 2003.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.
- _____. **A sabedoria incomum**. São Paulo: Cultrix, 1990.
- _____. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos seres vivos. São Paulo: Cultrix, 1996.

CASAGRANDE, J. L. A relação da práxis de comunidade orgânica nas organizações com a sua performance e a qualidade de vida de seus trabalhadores: um estudo de caso numa empresa de Santa Catarina. 2002. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção, Área de Concentração: Ergonomia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2002.

CHARDIN, T. **O fenômeno humano**. São Paulo: Cultrix, 1989.

CODO, W. Um diagnóstico do trabalho: em busca do prazer. In: TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J. E.; CODO, W. **Trabalho, organizações e cultura**. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1996. Cap. 1.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C. (Orgs.). **Sofrimento psíquico nas organizações**: saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1995.

CREMA, R. **Introdução à visão holística**: breve relato de viagem do velho ao novo paradigma. São Paulo: Summus, 1989.

CRUZ, R. M. **Psicologia ergonômica?** Florianópolis, Laboratório de Psicologia do Trabalho/UFSC. 2001. Apostila. Não publicado.

DAMAS, T. B. **Análise dos óbitos de crianças com queimaduras no Hospital Infantil Joana de Gusmão de janeiro de 1991 a dezembro de 2002**. 2003. 53 p. Conclusão de Curso (Monografia) – Curso de Medicina, UFSC, Florianópolis, 2003.

D'AMBRÓSIO, U. **Rumo à nova transdisciplinaridade**: sistemas abertos de conhecimento. São Paulo: Summus, 1993.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992.

_____. **A banalização da injustiça social**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, O. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEMLING, R. H.; Way L. W. Queimaduras e outras lesões térmicas: In: Way, L. W. (Eds.). **Cirurgia**: diagnóstico e tratamento. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan, 1993. p.170-180.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1985.

DINO, R. G.; SERRA, M. C.; MACIEIRA, L. Queimaduras no Brasil. **Condutas atuais em queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

DUARTE JÚNIOR, J. F. **Fundamentos estéticos da educação**. Campinas, SP: Papirus, 1988.

FARIA, T. M. de A. de. **A qualidade de vida de profissionais de saúde no cotidiano de trabalho de uma maternidade hospitalar**: possibilidades e limites numa teia de múltiplas interações. 2001. 130 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção, Área de Concentração: Ergonomia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2001.

FERGUSON, M. **A conspiração aquariana**: transformações pessoais e sociais nos anos 80. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 1980.

FERREIRA, M. C.; ASSMAR, E. M. L. Cultura, satisfação e saúde nas organizações. In: TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 102-126.

GOMES, D. R. Conceito: queimaduras no Brasil. In: GOMES, D. R.; SERRA, M. C.; GUIMARÃES, L. M. J. **Condutas atuais em queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

GROSSEMAN, S. **Satisfação com o trabalho**: do desejo à realidade de ser médico. 2001. 282 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção, Área de Concentração: Ergonomia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2001.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

KRAWULSKI, E. **Evolução do conceito de trabalho através da história e sua percepção pelos trabalhadores de hoje**. 1991. 124 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, UFSC, Florianópolis, 1991.

_____. **Construção da identidade profissional do psicólogo**: vivendo as “metamorfoses do caminho” no exercício cotidiano do trabalho. 2004. 198 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção, Área de Concentração: Ergonomia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

LEONARDI, D. F. **Avaliação histológica em queimaduras de profundidade indeterminada como fator preditivo do tempo de cicratização**. 2002. 185 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto alegre, 2002.

LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica**: ambigüidades dos cuidados da enfermagem. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. 115 p.

LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papalivros, 1999. 176 p.

LEWIS, M. **Tratado de psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n.1, p. 77-92, jan./mar. 1997.

LUNARDI FILHO, W. D.; MAZZILLI, C. A visão dejouriana do sofrimento humano nas organizações. **Revista Executivo**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 17-24, out./nov. 1995.

_____. O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 63-71, jul./set. 1996.

MARIANI, U. Queimaduras. In: Marcondes E. (Ed). **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. p. 866-870.

MARX, K. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MENDES, A. M. **Prazer-sofrimento no trabalho qualificado**: um estudo exploratório com engenheiros de uma empresa pública de telecomunicações. 1994. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Trabalho. Universidade de Brasília, Brasília, 1994.

_____. Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. In: TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 59-76.

MENDES, A. M.; TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer: sofrimento no trabalho. **PSICO-USF**, v. 6, n. 1, p. 39-47, 2001.

MENDES, A. M.; BORGES, L. de O.; FERREIRA, M. C. (Org.). **Trabalho em transição**: saúde em risco. Brasília: Ed. da UnB, 2002.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. de O. ; FERREIRA, M. C. (Orgs.). **Trabalho em transição**: saúde em risco. Brasília: Ed. da UnB, 2002.

MENDES, A. M.; CRUZ, R. M. Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes Teóricas. In: TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 39-55.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; São Paulo: HUCITEC, 1992.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. Cap. 1.

MONTAGU, A. **Tocar: o significado humano da pele**. 5 ed. São Paulo: Summus, 1988.

NASIO, J. D. **O livro da dor e do amor**. Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1997.

NATALINI, G. Princípios básicos do SUS. In: Associação Paulista de Medicina. **SUS – o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. v. 1.

PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural**. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 1990.

_____. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual-coletivo**: uma questão de bioética numa abordagem holístico-ecológica. 1995. 215 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 1995.

_____. **Ser saudável na felicidade-prazer**: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico. Pelotas: Ed. Universitária/UFPeL; Florianópolis: PPG em Enfermagem/ UFSC, 1996.

_____. Qualidade de vida do ser humano na perspectiva de novos paradigmas: possibilidades éticas e estéticas nas interações ser humano-natureza-cotidiano-sociedade. In: PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. de (Orgs.). **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999, p. 19-88.

PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. de. (Orgs.). **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de Novos Paradigmas. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999.

PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE J. L. A busca de satisfação no processo e no produto viver: a qualidade de vida do trabalhador na complexidade das interações do cotidiano. In: PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. E. (Orgs.). **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999.

PATRÍCIO, Z. M.; GUERRA, A. F. S.; MAIA, P. D. De dentro para fora: a qualidade de vida na reconstrução do corpo individual-social. In: PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. de (Orgs.). **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999. p. 91-126.

PEREIRA, M. J. L.; CAPELLA, M.; GOLDBERG P.; SOUZA, J. A.; LORGA, A.; BUZAS, A. Queimaduras na criança. **Arquivo Catarinense de Medicina**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 103-110, 1986.

PEREIRA, M. J. L.; LEAL, M.; CAPELLA, M.; GOLDBERG, P.; QUARESMA, E.; ARAÚJO, E.; SOUZA, J. A. Análise de 573 casos de queimaduras em crianças internadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão. **Revista Brasileira de Queimaduras**, São Paulo: Editora Atheneu, v. 1, n. 1., set./dez. 2001a.

PEREIRA, M. J. L.; CAPELLA, M.; QUARESMA, E.; ARAÚJO, E. J.; GOLDBERG P.; SOUZA, J. A. Importância do primeiro atendimento em queimaduras. **Arquivo Catarinense de Medicina**, Florianópolis, v. 31, n. 4, p. 20-26, 2001b. Artigo de atualização.

PFEIFER, A. K. **Atitude holística do trabalhador no ambiente de trabalho e sua qualidade de vida**. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção, Área de Concentração: Ergonomia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2003.

PÍCOLO, S. A. Queimaduras por álcool em crianças: análise de 215 casos no Hospital Infantil Joana de Gusmão. 2003. 49 p. Conclusão de Curso (Monografia) – Curso de Medicina, UFSC, Florianópolis, 2003.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 1996. 347 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp, Campinas/SP, 1996.

PIRES, R. A. J. **Análise de 781 crianças com queimaduras internadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão**. 2003. 41 p. Conclusão de Curso (Monografia) – Curso de Medicina, UFSC, Florianópolis, 2003.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 3. ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

RAMOS, A. G. **A nova ciência das organizações**: uma re-conceituação da riqueza das nações. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1981.

RENCK, L. I. **Enfermagem às famílias das crianças com queimaduras**: criando o processo de cuidar na perspectiva interacionista. 2004. 132 F. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 2004.

RODRIGUES, M. V. C. **Qualidade de vida no trabalho**: evolução e análise no nível gerencial. Petrópolis: Vozes, 1995.

ROSSI, L. A.; BARRUFINI, R. C.; GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. C. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, v. 23, n. 6, p. 478-483, 1997.

ROSSI, L. A.; CAMARGO, C.; SANTOS, C. M. N. M.; BARRUFFIN, R. de C. de P.; CARVALHO E. C. de. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 18-26, 2000.

SANTIN, S. **Ética e sensibilidade**. Conferência proferida no I Seminário de Filosofia e Saúde. Florianópolis, 1994. Digitado.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

TAMAYO, A. (Org.). **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WAITZKIN, H. **Uma visão marxista sobre ensino médico**. São Paulo: Ed. Avante, 1980.

WEIL, P. **Holística**: uma nova visão e abordagem do real. São Paulo: Pala Athena, 1990.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho**: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro, 1994.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação – Referências – Elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 10520**: Informação e documentação – Citações em documentos – Apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 14724**: Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **NBR 6028**: Informação e documentação – Resumo – Apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

_____. **NBR 6024**: Numeração progressiva das seções de um documento – Procedimento. Rio de Janeiro, 1989.

_____. **NBR 6027**: Informação e documentação – Sumário – Apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BLAZZI JÚNIOR, Fábio de. O trabalho e as organizações na perspectiva sócio-técnica. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro, v. 34, n.1, p.30-37, jan./fev., 1994.

D'ACAMPORA, F. F. Relatório Final de Estágio Supervisionado em Psicologia Clínica no Hospital Infantil Joana de Gusmão [Relatório]. 2002. 89 f. Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2002.

ERDTMANN, B.K.; KOERICH, M.S. **Cuidar e pesquisar na enfermagem**: relatos de experiências. Florianópolis: Papa-Livro, 2004.

FURLANI, D. **As necessidades humanas básicas de trabalhadores noturnos permanentes de um hospital geral frente ao não atendimento da necessidade sono**. 1999. 96 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção, Área de Concentração: Ergonomia) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 1999.

GONZALES, R. M. B. **Sufrimento na práxis da enfermagem**: real ou deslocado em seu sentido? Florianópolis: Ed. da UFSC, 2001.

GROSSEMAN, S.; Patrício, Z. M. **Do desejo à realidade de ser médico**: a educação e a prática como um processo contínuo de construção individual e coletiva. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004.

KRAWULSKI, E. **O processo de construção da identidade profissional do psicólogo no seu cotidiano de trabalho**. 2003. Projeto de tese (Doutorado em Ergonomia, Área de Concentração Ergonomia) aprovado pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **O processo de produção e saúde-trabalho: o desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEONARDI, D. F. Estudo epidemiológico retrospectivo em crianças no estado do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Queimaduras**, São Paulo: Ed. Atheneu, V. 2, n. 2, p. 10-14, maio/ago. 2002.

MARCONDES, E. (Ed.). **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991.

MARCUSE, H. **A ideologia da sociedade industrial**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1987.

MENDES, A. M. Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações na saúde mental dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 23, n. 85/86, p. 55-60, 1995.

MINAYO, M. C.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p.239-248, 1993.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2001.

PFEIFER, A. K.; KRAWULSKI, E.; BAIBICH, M.E.S. **Psicologia do trabalho e ergonomia**: buscando a complementaridade das dimensões sofrimento e prazer do ato de trabalhar. 2001. Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina Ergonomia e Psicologia do Trabalho, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2001.

PIRES, D.; GOMES, R. **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

PRUITT JÚNIOR, B.A.; GOODWIN, C. W.; PRUITT, S. K. Queimaduras. In: SABISTON JÚNIOR, D. C.; LIERLY, H. K. (Eds.). **Tratado de Cirurgia**. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 208-237.

RUSSO, A. C. Considerações gerais sobre queimaduras. In: NETTO, A. C. **Clínica cirúrgica**. 4. ed. São Paulo: Sarvier, 1994. v. 1. p. 216-220.

SERRA, M. C. V. F.; GOMES, D. R. **A criança queimada**. Rio de Janeiro: Eventos, 1990.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WOSNY, A. de M. **A estética dos odores**: o sentido do olfato no cuidado enfermagem hospitalar. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICES A

Ofício para entrada no campo de pesquisa

APÊNDICE B

Carta de apresentação e solicitação de participação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE B

Carta de Apresentação e Solicitação de Participação

Florianópolis, _____ de _____ de 2004.

Eu, Eliane Marfiza Braga Machado Trevisan, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – Área de Concentração: Ergonomia, da Universidade Federal de Santa Catarina, apresento minha proposta de estudo para a elaboração de tese, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Zuleica Maria Patrício. O estudo **“Sofrimento e satisfação do trabalhador da equipe de saúde no atendimento à criança queimada e sua qualidade de vida no trabalho”** tem como objetivo compreender o significado da dinâmica sofrimento-satisfação vivenciada pelo trabalhador da equipe de saúde no cotidiano do atendimento à criança queimada no ambiente hospitalar e a relação com sua qualidade de vida no trabalho. Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa, e para a coleta de dados serão utilizadas as técnicas de entrevista semi-estruturada e observação participante. Comprometo-me, assim, a seguir a orientação dos preceitos éticos que dizem respeito à pesquisa envolvendo seres humanos, segundo normatização da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde:

- ⇒ todos os nomes serão mantidos em sigilo e os dados somente serão divulgados com seu consentimento;
- ⇒ respeitar a liberdade de escolha em participar da pesquisa, dando-lhe o direito de desistir a qualquer momento;
- ⇒ utilizar o conteúdo das informações coletadas de maneira sigilosa;
- ⇒ garantir que os dados serão usados somente para este estudo.

Diante disso, solicito sua preciosa participação neste estudo.

Atenciosamente,

Eliane Marfiza Braga Machado Trevisan

Fone: 348-2063/91273687/e-mail elianetrevisan@brturbo .com.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,

_____,
aceito participar da Pesquisa da Doutoranda Eliane Marfiza Braga Machado Trevisan, de forma livre e espontânea, observados o conteúdo informado e o compromisso firmado pela pesquisadora na “Carta de Apresentação e Solicitação de Participação”.

Data: ____/____/____.

Sujeito da Pesquisa

APÊNDICE C

Formulário da entrevista semi-estruturada

APÊNDICE C

Universidade Federal de Santa Catarina

Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção

Área de Concentração: Ergonomia

Projeto de Doutorado: **Sufrimento e satisfação do trabalhador da equipe de saúde no atendimento à criança queimada e sua qualidade de vida no trabalho.**

Doutoranda: Eliane Marfiza Braga Machado Trevisan

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Zuleica Maria Patrício

DIÁRIO DE CAMPO

1 - Observação de situação de trabalho no atendimento à criança queimada.

Data: ____/____/____ Horário/Início: _____ Término: _____

Local: _____

Situação de Trabalho	Análise

FASES	PENSA	SENTE	SIGNIFICADO	ANÁLISE
Antes				
Durante				
Depois				

2 - Entrevista

2.1- Características do Sujeito

- a) Codinome: _____
- b) Estado civil: _____ c) Sexo: _____
- d) Idade: _____
- e) Filhos (idade): _____
- f) Escolaridade: _____
- g) Cargo/função no trabalho: _____
- h) Formação para atuar no atendimento à criança queimada: _____
- i) Tempo de trabalho: _____ No hospital: _____
Na Unidade: _____
- j) Outra(s) atividade(s)?: _____
Qual(is)? _____ Onde _____
-

2.2 - Questões norteadoras para os trabalhadores médicos e enfermagem.

2.2.1- Fale-me livremente sobre a rotina que você desenvolve no atendimento à criança queimada? (Como é seu trabalho no dia-a-dia com a criança queimada?

Como você veio trabalhar na Unidade de Queimados?

Que expectativas você tinha e tem em relação ao seu trabalho com crianças queimadas?

O que você sabia sobre o trabalho na Unidade de Queimados quando veio?)

2.2.2 - O que você pensa - sente, antes do atendimento à criança queimada?

O que você pensa-sente, durante o atendimento à criança queimada?

O que você pensa-sente, depois do atendimento à criança queimada?

2.2.3 - O que significa isso para sua qualidade de vida no trabalho? (o que você entende por QV?)

2.2.4 - Como você se sentiu com a entrevista e o que mais gostaria de falar?

3 - Questões norteadoras para os trabalhadores que não têm dedicação exclusiva à Unidade: psicóloga, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta e pedagoga.

3.1 – Qual é o significado para você (como é para você) trabalhar nessa Unidade em relação às outras unidade?

3.2 - O que você pensa - sente, antes do atendimento à criança queimada?

O que você pensa-sente, durante o atendimento à criança queimada?

O que você pensa-sente, depois do atendimento à criança queimada?

3.3 - O que significa isso para sua qualidade de vida no trabalho? (o que você entende por QV?)